

CATEGORÍA:

Procesos sociosanitarios enfocados a la persona

TÍTULO:

Humanización en la continuidad asistencial del paciente mayor

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN:

El proceso de humanización es parte fundamental de la calidad del servicio que se presta, adquiriendo mayor importancia cuando esta atención precisa de la coordinación entre ámbitos asistenciales. Humanizamos cuando atendemos a las personas desde su concepción holística, siendo especialmente vital cuando se encuentran en situaciones de fragilidad y vulnerabilidad^{1,2}.

El sistema sanitario es cada vez más abierto y la organización interactúa con múltiples entidades externas, lo que requiere el desarrollo de competencias organizativas que garanticen la fluidez y la interlocución entre todos los actores implicados para que esas sinergias sean efectivas y mejoren las experiencias de los pacientes y sus personas significativas³.

Dentro de las estrategias de mejora de la continuidad asistencial son especialmente relevantes los entornos definidos como “socio sanitarios”, que obliga a la coordinación de los servicios sanitarios y sociales: tanto de hospitales, como con los centros de salud y los servicios sociales^{4,5}.

El envejecimiento progresivo de la población junto con la mejora de las condiciones sociales y el avance de los cuidados sanitarios, han generado un marcado incremento del número de pacientes con enfermedades crónicas, fragilidad y dependencia, lo que condiciona un mayor consumo de recursos sanitarios y sociales⁶.

La pandemia de COVID-19 ha supuesto que los sistemas sanitarios se enfrentasen a una situación nueva que requería una adaptación y reorganización urgente para acondicionarse al aumento de presión asistencial y a las manifestaciones clínicas en los pacientes⁷, siendo el entorno sociosanitario uno de los afectados que añade un plus a la situación previa en la que la desconexión entre ámbitos y la fragmentación de cuidados constituía una práctica habitual⁸.

Por ello resulta necesario crear modelos de atención y coordinación sanitaria, que incluyan protocolos conjuntos de actuación, que permitan el acercamiento de ambas redes de recursos, establecer mecanismos de coordinación, actuaciones compartidas, estrategias de planificación de altas hospitalarias, dando entre todos una respuesta de servicios y recursos lo más eficiente posible⁹⁻¹². Estos proyectos deben priorizar la atención centrada en la persona en base a la multidisciplinariedad de los agentes participantes, la continuidad de la atención, y la comunicación entre los diferentes servicios que intervienen.

El hospital de referencia, es un hospital de la red pública que atiende a la población del municipio (170.000 habitantes) y es referente de 7 Centros de Salud y 4 Centros Socio Sanitarios (CSS; 1 público y 3 privados/concertados)¹³. En 2012 se inició la coordinación asistencial. En 2015, se incorpora la enfermera de enlace (posteriormente llamada enfermera de continuidad asistencial)^{5,14}, que además de participar en la coordinación de cuidados promovió talleres formativos en los centros, impartidos por enfermeros referentes del hospital. También se introdujo el suministro de material específico de prescripción y provisión de uso hospitalario en las residencias, gestionándose este material desde el hospital, y permitiendo hacer técnicas y cuidados que disminuyesen

los desplazamientos de los residentes al hospital (sustituciones de sondas de gastrostomía percutánea, cambio de sistemas de vacío...). Posteriormente se añadieron a la estrategia de coordinación 2 geriatras que se hicieron cargo de las labores asistenciales que previamente venían realizando sus compañeros internistas y en conjunto con la supervisora de continuidad asistencial¹⁵. En junio de 2020 se aumentaron los recursos humanos para abordar las necesidades asistenciales que se habían puesto de manifiesto durante la primera ola de la pandemia COVID-19; se incorporaron 2 enfermeras especialistas en geriatría dependientes de la supervisión de enfermería de continuidad asistencial, figuras claves dentro del equipo de geriatría con funciones y responsabilidades previamente definidas, siendo un extra en la coordinación de los cuidados y asesoramiento para los profesionales y pacientes mayores de las residencias¹⁶.

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

Tabla 1. Número de plazas de cada CSS.

Durante la pandemia COVID-19 surgió la necesidad de intensificar la coordinación entre los hospitales públicos y los CSS, aumentándose la frecuencia de visitas a los centros de nuestra área y adaptándonos a las situaciones. Para ello se elaboró un programa con una metodología de trabajo planificada, organizada y a su vez dinámica, que ha permanecido hasta la fecha actual.

OBJETIVO:

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

DESARROLLO Y EJECUCIÓN:

Se realiza una descripción y análisis de resultados de la experiencia de trabajo de coordinación de cuidados desde el 1 de junio de 2020 al 31 de diciembre de 2022.

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

Para ello se realizó la definición de las responsabilidades y obligaciones de las enfermeras especialistas en geriatría dentro del programa:

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

Posteriormente se establecieron las funciones, teniendo en cuenta el programa formativo de la especialidad de enfermería geriátrica¹⁷ y el documento técnico de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica¹⁸.

El programa de coordinación comprende:

1.- Actividad asistencial presencial en la residencia:

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

Para realizar esta actividad más cercana desde el punto de vista humano, siempre se hace junto a la enfermera referente del residente, manteniendo la cercanía y la atención centrada en la persona.

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

Los problemas de cuidados sobre los que asesora la enfermera de geriatría son:

- Alto riesgo de caídas.
- Disfunción del patrón nutricional-metabólico:
 - Alteración de la deglución.
 - Alteración de la nutrición (por exceso o por defecto).
 - Deterioro de la integridad cutánea.
- Trastornos del hábito de eliminación:
 - Estreñimiento, incontinencia fecal.
 - Ostomías digestivas.
 - Incontinencia urinaria funcional, de urgencia, por rebosamiento y neurógena.
- Déficit de autocuidados actividades básicas de la vida diaria.
- Deterioro de la deambulaci3n/movilidad.
- Ostomías respiratorias.
- Alteraci3n del patr3n sueño/descanso.
- Manejo del dolor (tratamiento no farmacol3gico).
- Manejo conductual del s3ndrome confusional agudo.
- Deprivaci3n sensorial.

Adem3s de la actividad presencial, se presta atenci3n telef3nica, los d3as laborales de 8 a 15h para consultas telem3ticas de cuidados y gesti3n de recursos materiales necesarios.

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

Esta actividad consiste en hacer seguimiento de los residentes derivados del CSS al Servicio de Urgencias y/o est3n hospitalizados, con la finalidad de compartir informaci3n, facilitar la coordinaci3n de cuidados entre los profesionales de ambos 3mbitos y que el residente perciba esta comunicaci3n entre los profesionales y le aporten seguridad. Se hace una revisi3n diaria de la HCE, captando a aquellos que precisan continuidad de cuidados. Posteriormente se hace el seguimiento de la evoluci3n de los pacientes durante su estancia hospitalaria, incluyendo una valoraci3n conjunta entre profesionales si es preciso. Al alta se planifica la consulta presencial de la enfermera de geriatría en su CSS para hacer una revisi3n posterior de nuevo en su entorno.

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

Consiste en la gestión de casos de residentes de los CSS para dar una respuesta a esa necesidad de cuidados sin la presencia del paciente en el centro hospitalario, evitando los desplazamientos cuando no fuesen necesarios.

4.- Gestión del material:

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

5.- Formación de profesionales:

A medida que se han ido realizando las visitas a los centros y conociendo las características de cada uno (organizativas, recursos, formación previa...) se detectaron necesidades formativas en la atención holística y en el manejo del paciente con cierta complejidad.

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

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

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

RESULTADOS:

Los resultados obtenidos desde el 1 de junio de 2020 hasta el 31 de diciembre de 2022 se resumen a continuación:

Actividad asistencial presencial

Se han realizado 769 visitas presenciales, y un total de 2286 consultas enfermeras, desglosándose en:

- 642 primeras
- 1220 sucesivas
- 444 sin presencia del paciente
- 326 telemáticas

Continuidad de cuidados

Se han realizado 2964 intervenciones de seguimiento y continuidad de cuidados, principalmente al alta.

Interconsulta a enfermeros referentes del HUFA

17 interconsultas solicitadas a enfermeros referentes. El 35,3% a urología, el 47% a vascular, el 11,8% a dermatología y el 5,9% a trabajadora social.

Gestión de material

Respecto al material relacionado con la medicalización de las residencias y de provisión y prescripción de uso hospitalario, se realizaron 45 gestiones de material. El 48,9% se relacionan con la administración de tratamientos, 42,2% con dispositivos y el 8,9% con equipos barrera.

Actividad de formación impartida en los CSS

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

Nombre de la sesión	Lugar	Nº sesiones	Nº Asistentes
Cuidados al paciente portador de sonda gastrostomía percutánea	CSS	18	90
Disfagia en el paciente geriátrico	CSS	14	64
Prevención de lesiones por presión y lesiones cutáneas asociadas a la humedad en CSS	CSS	14	147
Valoración funcional y entrenamiento multicomponente	CSS	6	43
Síndrome de inmovilidad	CSS	2	10
Transferencia en CSS	hospital	4	45
Entrenamiento para formadores frente a riesgos biológicos COVID-19	hospital	3	9
Taller pronación de paciente consciente adaptado a CSS. Centro de Simulación HUFA	hospital	4	16
Prevención de transmisión de microorganismos: recogida de muestras y cuidados de dispositivos	CSS	5	66
Prevención de lesiones relacionadas con la dependencia	CSS	2	34
Total asistentes		70	525

Tabla 2. Talleres formativos realizados presencialmente

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

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

Presentación: "Píldoras vía subcutánea y elastómeros"	1
Cartelería: "Pronación paciente consciente"	4
Diagrama derivación "paciente diabético"	4
Actuación de enfermería ante una herida cutánea	3
Total general	32

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

El porcentaje de encuestas respondidas por los asistentes a las formaciones ha sido de 94,5%. El resultado de los cuestionarios realizados tras la formación se muestra en la tabla 4.

Cuestionarios de formación en CSS	Resultado
Organización del taller (respuesta del 1 al 5)	4,5
Contenidos y metodología de impartición (respuesta del 1 al 5)	4,7
Duración y horario (respuesta del 1 al 5)	4,2
Formador (respuesta del 1 al 5)	4,8
Valoración general del taller (respuesta del 1 al 5)	4,6
Grado de satisfacción general con el taller (respuesta de 1 al 5)	4,6
¿El asistir a este taller puede mejorar mi trabajo? (Sí)	97,2%
¿Los conocimientos aprendidos los puedo transferir inmediatamente en mi puesto de trabajo? (Sí)	97,4%
Cuestionarios de formación en Centro de Simulación	
Organización (respuesta del 1 al 5)	4,9
Instalaciones (respuesta del 1 al 5)	4,8
Recursos (respuesta del 1 al 5)	4,9
Contenidos (respuesta del 1 al 5)	4,8
Utilidad aprendido (respuesta del 1 al 5)	4,9

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

CONCLUSIONES:

El programa ha permitido la atención del mayor en su propio entorno, proporcionando a los residentes y su familia seguridad y confianza, por cómo se desarrolla la atención en su propio medio con sus profesionales de referencia y por la capacidad de coordinación de los profesionales de los dos ámbitos.

La coordinación entre ámbitos asistenciales ha evitado el desplazamiento de personas mayores al hospital tanto para consultas de cuidados como para procedimientos diagnósticos o terapéuticos, como reportan Díaz-Gegúndez et. al.¹¹, cobrando mayor relevancia si tenemos en cuenta las dificultades de movilización del paciente anciano y la complejidad en la valoración de la población anciana fuera de su medio.

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

El suministro de material, junto a la formación, ha posibilitado realizar técnicas y cuidados en el propio centro que anteriormente se realizaban en el hospital. También la provisión de material relacionado con la prevención de transmisión de

microorganismos en el entorno sanitario, además de la información de cartelería e infografías relacionado con ello, han facilitado poder llevar a cabo medidas de prevención y control de las infecciones en momentos de pandemia que han sufrido muchos CSS a nivel nacional e internacional¹⁹.

El grado de satisfacción de los profesionales sanitarios que asistieron a los talleres en el CSS fue alto y refiriendo que los contenidos son altamente aplicables en su puesto de trabajo y pueden mejorar la atención prestada a los residentes; teniendo en cuenta que el 72,4% de los profesionales de servicios sociales, considera que existe bastante necesidad de recibir formación^{20,21}.

APLICABILIDAD:

Consideramos que esta experiencia podría ser puesta en marcha en otros centros debido a los beneficios que pueden obtener los usuarios y familias dada la situación socio-demográfica actual de envejecimiento.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Dirección General de Humanización y Atención al Paciente. Plan de humanización de la asistencia sanitaria 2016-2019. Informe de Evaluación Final. 2019; Available from: https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/document/informe_evaluacion_final_plan_de_humanizacion.pdf
2. Dirección General de Coordinación de la Atención de Cuidado y Humanización de la Asistencia Sanitaria. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria. 2016-2019 [Internet]. Comunidad de Madrid. 2017. 234 p. Available from: <https://www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/plan-humanizacion-asistencia-sanitaria-2016-2019>
3. Dirección General de Humanización y Atención al Paciente, editor. II Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2022-2025. Humanizaci. Madrid;
4. Ministerio de Sanidad PS e I. Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España. 2011.
5. Coordinación de Direcciones de Continuidad Asistencial. Consejería de Sanidad; Viceconsejería de Asistencia Sanitaria. Documento Marco para el desarrollo de la Continuidad Asistencial en la Comunidad de Madrid [Internet]. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2015 [cited 2021 Mar 10]. Available from: <https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/17726>
6. Vallejo Maroto I, Cubo Romano P, Mafé Nogueroles MC, Matesanz-Fernández M, Pérez-Belmonte LM, Said Criado I, et al. Recommendations on the comprehensive, multidimensional assessment of hospitalized elderly people. Position of the Spanish Society of Internal Medicine. *Rev Clin Esp.* 2021;221(6):347–58.
7. Martínez-Piédrola MM, Guadarrama-Ortega D, Pérez-Fernández E. Strategy for planning and execution of a large-scale SARS-CoV-2 seroprevalence study on teaching hospital workers during a pandemic situation. 2020.
8. Menéndez-Colino R, Argentina F, de Miguel AM, Barcons Marqués M, Chaparro Jiménez B, Figueroa Poblete C, et al. La Geriatria de Enlace con residencias en la época de la COVID-19. Un nuevo modelo de coordinación que ha llegado para quedarse. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2021 Jan;
9. Fuentes FV. Social and health care coordination: towards a new culture of care.

- Enferm Clin. 2020;30(5):291–4.
10. Porcel-Gálvez AM, Badanta B, Barrientos-Trigo S, Lima-Serrano M. Elderly people, dependency and vulnerability in the coronavirus pandemic: an emergency for a social and health integration. *Enferm Clin* [Internet]. 2021 Feb 1 [cited 2021 Mar 18];31:S18–23. Available from: www.elsevier.es/enfermeriaclinicaARTÍCULOESPECIAL
 11. Díaz-Gegúndez M, Paluzie G, Sanz-Ballester C, Boada-Mejorana M, Terré-Ohme S, Ruiz-Poza D. Evaluación de un programa de intervención en residencias geriátricas para reducir la frecuentación hospitalaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011;46(5):261–4.
 12. Maehara T. IgG4-related disease -Mechanistic insights from both clinical and immunologic understanding of this condition. *Nihon Rinsho Meneki Gakkai Kaishi*. 2017;40(3):206–12.
 13. CONSEJERÍA DE SANIDAD SG del SM de S. HOSPITAL FUNDACIÓN ALCORCÓN MEMORIA 2018. Servicio Madrileño de Salud, editor. 2019.
 14. Consejería de Sanidad. Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad; 2013.
 15. Sáez-López P, Arredondo-Provecho AB. Experiencia de colaboración entre hospital y centros sociosanitarios para la atención de pacientes con COVID-19. *Rev Esp Salud Publica*. 2021;95:1–15.
 16. Viña-García-Bericua M, Román-Medina I. The role of the geriatric nurse specialist as a key response in the care of the elderly, chronicity, complex chronicity and its consequences on dependence. *Enferm Clin*. 2019 Nov 1;29(6):381–4.
 17. Ministerio de Sanidad Y Política Social. Orden SAS/3225/2009, de 13 de noviembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Geriátrica. [Internet]. Boletín oficial del Estado 2009 p. 101976–92. Available from: <https://www.boe.es/boe/dias/2009/11/30/pdfs/BOE-A-2009-19139.pdf>
 18. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERIA GERIATRICA Y GERONTOLÓGICA. “COMPETENCIAS DE LA ENFERMERA EN LAS RESIDENCIAS DE ANCIANOS” [Internet]. 2002. p. 1–3. Available from: http://seegg.es/wp-content/uploads/2019/05/doc_tec_01.pdf
 19. Kruse FM, Mah J, Metsemakers S, Andrew MK, Jeurissen PPT. The Relationship between Ownership of Nursing Homes and their Response to the COVID-19 Pandemic: a Systematic Review.
 20. Izal M, Losada A, Márquez M, Montorio I. Análisis de la percepción de capacitación y formación de los profesionales del ámbito sociosanitario en la atención a los cuidadores de personas mayores dependientes. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2003;38(4):203–11.
 21. Stanyon MR, Goldberg SE, Astle A, Griffiths A, Gordon AL. The competencies of Registered Nurses working in care homes: A modified Delphi study. *Age Ageing*. 2017;46(4):582–8.