



Son Espases

hospital universitari
s e c t o r p o n e n t

UNIDAD
HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO
HUSE y HUSLI
MEMORIA ANUAL

1. Ubicación y estructura física.



La unidad de HAD de HUSE/HUSLI se ubica en la planta 0, módulo F, frente al hospital de día médico-quirúrgico. Dispone de una sala de reuniones F405 para las dos reuniones diarias de equipo, un despacho para médicos (F404) y otro para enfermeras (F403), una sala/pasillo donde se ubica el coordinador de enfermería y la administrativa (F400), un pequeño almacén (F414) y una sala de preparación de fármacos (F421-23-24).

2. Cartera de servicios.

Los pacientes que cumplen los criterios de inclusión son atendidos en domicilio en igualdad de condiciones que si estuviesen en la cama del hospital. Para ello la unidad de HAD dispone de una Cartera de Servicios adecuada a las necesidades sanitarias del paciente. Una serie de pruebas, como las radiológicas, la medicina nuclear o la radioterapia, se realizan en el Hospital pero el resto de pruebas de laboratorio o microbiológicas, pruebas invasivas como toracocentesis o paracentesis, transfusiones de hemoderivados, infusiones de quimioterápicos o tratamiento antibiótico parenteral ambulatorio, curas complejas, etc. se realizan en el domicilio a diario con total seguridad y satisfacción y con resultados de salud similares a los hospitalarios, si no mejores. En el domicilio se pueden realizar distintas técnicas terapéuticas, como son:

Procedimientos:

- Diagnósticos:
Microbiológicos:
Hemocultivos, urocultivos, coprocultivos, serologías.

Muestras de tracto faringoamigdalino, tracto respiratorio inferior, Líquidos orgánicos (pleural, peritoneal, LCR, articular), catéteres y drenajes, piel y tejidos blandos, biopsia ósea.

Otros laboratorios:

Hemograma y bioquímica, coagulación.

Gasometrías. Hormonas. Marcadores tumorales.

Medicina Nuclear.

Otras técnicas diagnósticas: ECG. Pulsioximetría. Polisomnografía completa. Espirometría.

Colocación de vías centrales (acceso periférico o central).

- Terapéuticos:

Paracentesis, toracocentesis, artrocentesis.

Oxigenoterapia, aerosolterapia, ventilación mecánica domiciliaria.

Infusión intravenosa y/o subcutánea de fármacos, sueros, quimioterápicos...

Curas complejas.

El tipo de patología tributaria de ingreso, sin entrar a considerar por servicio:

1. Patología médica:

- Pacientes con patología crónica agudizada.
- Infecciones que requieran antibioterapia parenteral, especialmente aquellas provocadas por microorganismos multirresistentes.
- Pacientes en tratamiento quimioterápico parenteral.
- Soporte al trasplante hematológico domiciliario.
- Pacientes con difícil control metabólico que requieran controles analíticos frecuentes, ajustes diarios de medicación, reposición hidroelectrolítica, nutrición parenteral prequirúrgica o crónica.
- Miocardiopatías en fase avanzada refractarias a tratamiento convencional vía oral.
- Hepatopatías crónicas descompensadas, control crónico del dolor.
- Patología autoinmune que requiera medicación ev.
- Sordera súbita.

2. Patología quirúrgica:

- Cirugía de alta precoz (control postoperatorio hasta que Atención Primaria se pueda hacer cargo del enfermo) como por ejemplo herniorrafias, eventraciones, colecistectomías, apendicectomías, amputaciones, cirugía endocrina, cesáreas, histerectomías, mastectomías...
- Complicaciones quirúrgicas (infecciones de la herida, evisceraciones) o complicaciones médicas asociadas que requieran tratamiento diario endovenoso.

- Control de drenajes hasta su retirada.
- Cirugía de postrasplante

Los procesos asistenciales que generan la mayor parte de los ingresos en la unidad de hospitalización domiciliaria son:

- Infecciones: neumonías, infecciones del tracto urinario, diverticulitis o colecistitis, endocarditis, meningitis, osteomielitis, celulitis, etc para tratamiento antimicrobiano endovenoso.
- Patología crónica agudizada: insuficiencia cardiaca, EPOC o asma.
- Administración de quimioterapia por leucemia mieloide o síndrome mielodisplásico. Pacientes dependientes con necesidad de transfusiones sanguíneas frecuentes
- Tratamiento con nutrición parenteral domiciliaria.
- Ancianos con síndrome confusional agudo.
- Infecciones postquirúrgicas o úlceras de gran complejidad.

3. Zona de influencia.

La unidad de HAD realiza su trabajo principalmente en el domicilio de los pacientes. Con el fin de asegurar la correcta atención clínica de los enfermos en el tiempo adecuado se limita la dispersión de los pacientes en relación con HUSE a 30 minutos de isócrona, con lo que los límites, dependiendo además del tipo de patología, serían Santa Ponsa y Calvià, Puigpunyent, Valldemossa, Sóller, Lloseta, Algaida y Lluçmajor.

En cuanto a los clientes internos, los servicios con los que más colaboramos son Urgencias, Neumología, Hematología, Medicina Interna y Endocrinología, además de Farmacia. Cualquier otro servicio que ingrese pacientes, con la salvedad quizás de UCI y Psiquiatría, puede trabajar con nosotros.

4. Organigrama.

La unidad tiene 4 médicos, 12 enfermeras y una administrativa. Además Manuel del Río, que actualmente trabaja en la Estrategia de Cronicidad de Ibsalut, coordina la parte médica y una de las enfermeras (Justo Sánchez) hacen labores de coordinación de la unidad.

5. Recursos Humanos.

Manuel del Río, liberado para trabajar en la Estrategia de Cronicidad, hace funciones de coordinador.

4 médicos:

Elena Delgado (contratada en acúmulo de tareas), Elisa Torres (acúmulo tareas), Catalina Moyà (acúmulo de tareas en sustitución de Manuel del Río) y Beatriz Crespo (acúmulo de tareas por HUSLI).

12 enfermeras, de las cuales 5 son fijas (Justo Sánchez, Blanca Fiol, Rocío Navarro actualmente de baja prolongada, Isabel Acosta y Nuria Moll) y el resto son contratos temporales. 3 de los puestos son financiados por el HUSLI dentro del pacto de colaboración firmado en 2019 entre las direcciones de ambos hospitales.

1 administrativa con plaza en propiedad: Francisca Priego

6. Recursos Materiales.

La unidad dispone de 11 ordenadores, una impresora multifunción y 13 teléfonos móviles. Disponemos de 15 bombas CADD Legacy para administración de antibióticos parenterales y 5 bombas CADD solis para administración de nutrición parenteral. Dos aparatos de ECG portátiles, además de tensiómetros y pulsioxímetros portátiles. Además cada profesional tiene una bolsa de trabajo adecuada para trasladarse a los domicilios.

7. Actividad asistencial. Indicadores.

Durante el año 2019 se realizaron 785 ingresos, 104 más que el año anterior (15% más), con una estancia media de 7,25 días (6,89 en 2018). Sin conocer datos de complejidad es imposible valorar la EM de nuestra unidad.

Se comenzó a colaborar con el HUSLI en febrero de 2019, pasando de una prevalencia de pacientes de dicho hospital del 6% en 2018 al 17% del 2019.

Por servicios, ha disminuido la captación de ingresos desde URGA, NML y MI, en un contexto de menor demanda de hospitalización en estos servicios, habiendo aumentado sensiblemente en área de hematología gracias al programa expandido de quimioterapia domiciliaria y en endocrinología para tratamiento nutricional domiciliario parenteral.

Una de las carencias de la unidad es que no se nos incluye en los servicios evaluados por IASIST, con lo que desconocemos nuestra actuación en cuanto a gestión de estancias, mortalidad, reingresos, etc.

8. Calidad asistencial. Acciones e indicadores.

Se ha realizado formación específica en el uso del centro de mensajes de millennium para la comunicación interna.

Se ha incorporado a los usuarios en el análisis del proceso de citación y administración de quimioterapia domiciliaria, aplicando las mejoras planteadas por los pacientes al proceso.

Se ha diseñado material informativo para el proceso de "ingreso en HAD", de forma que el paciente y su familia tengan información presencial oral, que transmite el médico y enfermero de la unidad, así como documentación a revisar previa al acto verbal de consentimiento, o denegación, del ingreso en la unidad.

Se diseñó powerplan de administración de azacitidina domiciliaria, pendiente de implementar por Informática.

Se ha interiorizado la orden de no hacer de la SEMI, en conjunción con el Ministerio de Sanidad, que recomienda retirar benzodiacepinas en pacientes mayores de 65 años para tratar el insomnio, sustituyéndola por trazodona de acuerdo a la evidencia existente.

9. Docencia y Formación continuada.

Cada día se realizan dos sesiones asistenciales en la unidad (8 y 14 h). Puntualmente se tratan temas de interés general, como pueda ser el protocolo de administración de quimioterapia domiciliaria o la presentación del CG 2019 en la unidad.

Uno de los facultativos de la unidad coordina y presenta la sesión general de primer jueves de mes en la que se discuten necropsias de especial interés.

Se ha presentado la unidad en los servicios de Medicina Interna, Urgencias y Neumología de HUSLI.

Los facultativos de la unidad participan, como docentes y discentes, en el curso de actualización en Medicina Interna de HUSE.

Varios de los adjuntos de la unidad han realizado el curso de soporte vital avanzado de HUSE. Manuel del Río es docente en el curso de gestión sanitaria para residentes de la Conselleria de Salut.

10. Investigación

Publicaciones en revistas Internacionales

Ballesta S, Güerri R, Chillarón J, Güell A, Herrera S, **Torres E** et al. The use of microindentation for the study of bone properties in type 1 diabetes mellitus patients. *Osteoporos int* 2019 Oct 23. doi: 10.1007/s00198-019-05178-1. [Epub ahead of print].

Bauza JL, Fullana I, Díaz M, Santos A, Asensio J, Cristian V, **del Río M**. Urinothorax: an unusual cause of massive pleural effusion. *Annals of Mediterranean Surgery* 2019; 2 (1) 18-19
Suarez I, Alejos B, **Delgado E**, Rivero M, Pineda JA, Jarrin I. How well are performing the initial assessment of HIV-positive patients? Results from a multicentre cohort in Spain. *HIV med.* 2019.

Publicaciones en revistas Nacionales

Luna I, Torralba I, Artigues F, Matheu G, **del Río M**, **Torres E**. Lesión cerebral y respiratoria en estudio. *Med Bal* 2019; 34 (1): 41-45.

Ortuño A, Torralba I, Iglesias D, Ramos R, **del Río M**, **Torres E**. Trombosis venosas múltiples de instauración rápida. *Med Bal* 2019; 34 (3): 42-45.

Comunicaciones a Congresos Internacionales

Póster (P1912). Effectiveness and safety of outpatient parenteral antimicrobial therapy (OPAT) with ceftolozane-tazobactam: data of the Spanish OPAT registry. Mujal A, **Delgado E**, Llobet E, García M, Gil M, Hernida L, Martín N, Martínez M, Parajón M, Ponce MA, Soriano T, Fernández F, González VJ, Villarino MA; Solá J. 29th ECCMID. 13-16 April 2019. Amsterdam.

Póster. Valoración enfermera del riesgo de desnutrición en ancianos no institucionalizados. **Company MJ**, Gómez M, Alemany MJ. VI Congreso Internacional de Investigación en salud y envejecimiento & IV Congreso Internacional de Investigación en Salud. (ISBN: 978-84-09-12796-2 y Depósito Legal: AL 1605-2019). Madrid, 5 julio de 2019.

Póster. Beneficios de la actividad física en el adulto mayor. **Company MJ**, Gómez M, Alemany MJ. VI Congreso Internacional de Investigación en salud y envejecimiento & IV Congreso Internacional de Investigación en Salud. (ISBN: 978-84-09-12794-8 y Depósito Legal: AL 1603-2019). Madrid, 5 julio de 2019.

Póster. Valoración enfermera de la efectividad preventiva del aceite de oliva en las úlceras por presión. **Company MJ**, Gómez M, Alemany MJ. VI Congreso Internacional de Investigación en salud y envejecimiento & IV Congreso Internacional de Investigación en Salud. (ISBN: 978-84-09-12794-8 y Depósito Legal: AL 1603-2019). Madrid, 5 julio de 2019.

Póster. Valoración enfermera de alteraciones de sueño en el anciano. **Company MJ**, Gómez M, Alemany MJ. VI Congreso Internacional de Investigación en salud y envejecimiento & IV Congreso Internacional de Investigación en Salud. (ISBN: 978-84-09-12795-5 y Depósito Legal: AL 1604-2019). Madrid, 5 julio de 2019.

Póster. Intervención enfermera quirúrgica en reducir la ansiedad pre-operatoria. **Naranjo R**, González A. I Congreso internacional de esterilización y Bloque Quirúrgico. Jaén, del 21 al 25 de octubre de 2019.

Póster. Buenas prácticas enfermera de quirófano para seguridad del paciente. **Naranjo R**, González A. I Congreso internacional de esterilización y Bloque Quirúrgico. Jaén, del 21 al 25 de octubre de 2019.

Comunicaciones a Congresos Nacionales

Póster. Mujal A, **Delgado E**, Llobet E, García M, Gil M, Hernida L, Martín N, Martínez M, Parajón M, Ponce MA, Soriano T, Fernández F, González VJ, Villarino MA, Solá J. Efectividad y seguridad del tratamiento antibiótico domiciliario endovenoso (TADE) con ceftolozano-tazobactam (C/T). Datos del registro español TADE. SEIMC. 23-25 mayo 2019. Madrid.

Póster. Ballester AI, **Moya C**, Morey C, Antich C, Bodoque J, Noval M, Homar F, Payeras A, Riera M. Infección en pie diabético, evolución microbiológica en los últimos 5 años y variables asociadas a mala evolución. SEIMC 23-25 mayo 2019. Madrid

Otras actividades como participación en la Organización de eventos científicos, conferencias invitadas, etc.

Ponencia en mesa redonda: **del Río M**, Joining patients' contributions to the design of hospital at home. I World Hospital at Home Congress, Madrid 5-6 Abril 2019.

Ponencia en Jornada científica: **del Río M**, Integración de la EPOC en la Estrategia de Cronicidad. IV Jornada de la Estrategia Balear en EPOC, Palma 13 Diciembre 2019.

11. Gestión económica.

Pendientes datos concretos para hacer análisis; en principio cumplimos capítulo I, farmacia y hemos de analizar en detalle suministros pero es probable que se pueda dar por cumplido.

INFORME DE GASTOS EN CAPÍTULO I:

En capítulo I se ha imputado erróneamente el gasto de Manuel del Río desde 1/10/2019, que es financiado por cronicidad. Tampoco se ha actualizado el incremento de IPC del 0,25% desde Julio. Además tenemos a una enfermera de baja desde octubre por IT prolongada que ha habido que sustituir y que durante 2020 seguirá de baja. Esto justifica el exceso de gasto, si es que finalmente existe, por lo que consideramos cumplido el presupuesto.

De cara a 2020 se puede mantener el presupuesto en capítulo I, con los incrementos normativos que se apliquen en cuanto a carrera profesional, antigüedad, IPC, etc, pero se han de considerar dos temas:

- Uno, añadir mi gasto en presupuesto para no volver a equivocarnos, o bien extraerlo definitivamente. Esto es una decisión de Dirección.
- Dos, habría que financiar la sustitución completa anual, o hasta que deje que suponer gasto para la unidad, de la IT de larga duración.

Por último insistir en la necesidad de unificar el presupuesto en capítulo I juntando los presupuestos de HUSE (9 enfermeras y 3 médicos) y HUSLI (3+1). Es imprescindible para un correcto control, análisis y evaluación de la eficiencia en el uso de los recursos.

INFORME DE GASTOS EN FARMACIA:

La desviación en el gasto con respecto al CG se explica por el incremento en el uso de antibióticos para infecciones multirresistentes. A recordar que la unidad de HAD no hace la prescripción inicial en este tipo de pacientes sino que mantiene la iniciada en planta, y que la alternativa para ajustar el gasto sería no ingresar al paciente, dejándolo hospitalizado, lo que es peor para el paciente y para el hospital tanto en términos económicos como, sobre todo en resultados en salud y eficiencia en la utilización de los recursos sanitarios.

A continuación comentamos varios ejemplos:

El aumento en el gasto debido al uso de **ceftolozano/tazobactam** se puede justificar por el aumento de infecciones por *P. aeruginosa* multirresistente. Aunque el fármaco está aprobado para infecciones del tracto urinario complicadas e intraabdominales (pendiente de aprobación para infecciones respiratorias) se ha pautado en base a recomendaciones del Servicio de Infecciosas y de Microbiología clínica.

En el caso de **daptomicina** su uso ha aumentado debido al aumento de infecciones por *S. aureus* meticilin resistente. Se ha prescrito a pacientes a los que se ha desestimado el tratamiento con vancomicina, la mayoría de las ocasiones por tratarse de pacientes con deterioro de la función renal, o bien en pacientes con dificultad para conseguir acceso venoso (la daptomicina es un fármaco con baja capacidad de generar flebitis y en ocasiones no es necesario canalizar vía venosa central; en cambio, la vancomicina es un fármaco con gran capacidad vesicante y la indicación de colocación de vía central es obligada).

La **tigeciclina** también se justifica por el tratamiento de infecciones por *S. aureus* meticilin resistente y *Enterococo* resistente a la vancomicina.

INFORME DE GASTOS EN SUMINISTROS

El aumento de gastos en suministros se debe, en su mayor parte, al incremento en la partida de apósitos para heridas en 9.351 euros con respecto al año anterior, así como al apartado de equipos de infusión (6.751 euros). Entre ambos explican la totalidad de la desviación del presupuesto. El resto de suministros se han comportado de acuerdo al aumento de pacientes 20%.

-Apósitos para heridas:

Comentar que han aumentado significativamente los pacientes con curas de heridas crónicas, extensas, infectadas y exudativas, derivados mayormente de Son Llätzer, con prescripción de apósitos nuevos que fueron efectivos.

- Dos casos de gangrena de Fournier, tratados con apósitos de malla bioactiva: 888 €
- Un caso de paciente con UPP en sacro y trocánter, tratado durante 3 meses con apósitos de poliacrilato microadherente con Ag. (entre otros apósitos): 841€
- Un caso especial de paciente encamado, tratado hace años en esta unidad por úlceras extensas en periné y sacro, muy exudativas y sobreinfectadas, al que se trataba con apósitos

de malla de plata. Este apósito no se encuentra en farmacia ni AP, por lo que es suministrado por la unidad, aunque no está a nuestro cargo, con el fin de mantener una de las heridas sin llegar a sobreinfectarse. Habría que plantearse extraer este gasto de nuestro presupuesto o bien articular otra solución. 5.475€

- Esto sólo en cuatro casos, con el aumento de pacientes con curas complicadas, lógicamente, aumentado los - apósitos de recogida de exudado: 982€

- Otros apósitos con Ag 1.086€

- Polimixida (para limpieza y desinfección): 997€

TOTAL: 10.269€

-Equipos para infusión:

En este año hemos aumentado los pacientes con NPT domiciliaria, que precisaban bombas especiales para la infusión, lo que les permite libertad de movimientos y por consiguiente calidad de vida, de otra manera deberían estar ingresados en el hospital.

Equipos de infusión para NPT: 5.183€

Equipos de infusión para bomba CADD. (TADE): 1.568€

TOTAL: 6.751€

12. Resumen resultados 2019.

- Proyectos propios y estratégicos:

Proyecto 1: extensión de HAD a otros servicios de HUSLI: se ha trabajado activamente con MI HUSLI aumentando progresivamente la captación de pacientes, no sin problemas por cambios en la plantilla de MI HUSLI que implicaban reestructuraciones allí. Se han mantenido reuniones con el Servicio de URGA y hemos dado visto bueno al circuito propuesto, esperando empezar en este mes de febrero la captación de pacientes directamente desde URGA. Hemos presentado la unidad en el servicio de NML de HUSLI en sesión clínica para hacer lo mismo durante este año. Según datos de SIHUSE, en enero de 2019 procedían de HUSLI el 6.7% de nuestros pacientes, siendo en enero de 2020 el 21.3%. Se han ingresado pacientes desde Medicina Interna, Neumología y Oncología de HUSLI.

Proyecto 2: inclusión de nuevos tratamientos de QT en HAD: se está administrando, de forma regular y desde hace meses, Bortezomib en Mieloma Múltiple sin complicaciones, uniéndose a la ya conocida administración de Azacitidina en sd mielodisplásico y leucemia mieloide.

Proyecto 3: HAD en Atención Primaria: se han mantenido reuniones con su DM (estando presente nuestra DM) y se ha consensuado un documento que se presentará centro por centro en los dos sectores a los que da servicio la unidad de HAD. Se dejará, en cada centro de salud, información con los teléfonos de contacto y las patologías más frecuentes en HAD, así como nuestra cartera de servicios. Se tienen que definir dos centros de salud por sector para realizar un contacto más intensivo y monitorizar resultados a los seis meses.

13. Otros: otras actividades y nuevas propuestas.

Índice:

Proyecto 1: participación de la unidad de HAD en la Estrategia de Cronicidad de las Islas Baleares.

Proyecto 2: desarrollar el proyecto de colaboración con Atención Primaria, iniciado en 2019.

Proyecto 3: establecer colaboración con el Hospital San Juan de Dios de Palma.

PROYECTO 1: PARTICIPACIÓN DE HAD EN LA ESTRATEGIA DE CRONICIDAD DE LAS ISLAS BALEARES

Plan estratégico:

Eje 6. gestión clínica.

Línea 6.1, procesos asistenciales. Proyecto 6.1.3 reorientación de la atención a la cronicidad y fragilidad.

INTRODUCCIÓN:

El incremento paulatino de la esperanza de vida y el desarrollo concomitante de enfermedades crónicas, agrupándose varias de ellas en la misma persona conforme va envejeciendo, es un desafío para el sistema sanitario español, que ha desarrollado planes de actuación a través de sus comunidades autónomas. Baleares no es una excepción, publicando en 2016 su Plan de Atención a las Personas con Enfermedades crónicas 2016-2021. En él sienta las bases de la adaptación de los actores sanitarios ante la nueva realidad sociosanitaria, actuando a todos los niveles del sistema con el fin de prevenir la enfermedad y sus agudizaciones, promover el autocuidado y evitar el deterioro funcional, especialmente el asociado a las hospitalizaciones.

Por otra parte, las unidades de hospitalización a domicilio (HAD) permiten tratar en sus domicilios, acompañados de su familia, a pacientes que, de otro modo, tendrían que estar ingresados en un hospital de agudos. Al estar en su medio habitual y ser el sistema sanitario el que desplaza su foco de atención, el paciente sufre menor deterioro funcional (especialmente evitando el síndrome confusional y las infecciones nosocomiales), se puede incidir mejor en el autocuidado y en el conocimiento y destreza de los familiares y se conocen *in situ* los problemas sanitarios y sociales que condicionan la vida de los pacientes.

En estos momentos las unidades de HAD no están integradas en la Estrategia de Cronicidad de las Islas Baleares.

OBJETIVO GENERAL:

Incorporar a la unidad de HAD a los circuitos descritos en la Estrategia de Cronicidad, especialmente a aquellos que prevén la evitación del ingreso desde Atención Primaria, Urgencias y Consultas de Alta Resolución hospitalarias.

DESARROLLO:

Durante el año en curso se realizarán reuniones con el equipo de cronicidad y se rediseñarán los procesos de forma que se incluya la unidad de HAD en los circuitos intrahospitalarios de atención al paciente PCC.

La Estrategia prevé que el contacto entre Atención Primaria y Hospitalaria se realice a través de las consultas “de alta resolución”, por lo que se incidirá en la formación y conocimiento de la HAD en estas consultas y siempre que se valore el ingreso hospitalario. Del mismo modo se trabajará en Urgencias para promover el uso de la HAD en pacientes PCC/PCA que tengan criterios de ingreso hospitalario.

Es conveniente que la Unidad de HAD conozca la Estrategia, se integre en la comisión de cronicidad del centro y pueda activar alarmas de PCC. Así mismo, la unidad ha de establecer circuitos de comunicación con la Enfermera Gestora de Casos Hospitalaria para el manejo adecuado de estos enfermos en cuanto a su continuidad asistencial.

EVALUACIÓN:

Se proponen los siguientes indicadores:

- Inclusión del recurso HAD en los circuitos oficiales de la Estrategia de Cronicidad de las Islas Baleares.
- Formación del equipo de HAD en la Estrategia de Cronicidad: asistencia a sesiones formativas del 80% de sus miembros.
- Participación de un profesional de HAD en la Comisión de Cronicidad de HUSE.
- Diseño de circuitos intrahospitalarios entre la consulta de alta resolución de HUSE/HUSLI y la unidad de HAD.
- Permiso y formación a un médico de HAD para que pueda activar alarmas PCC.
- Existencia de circuito establecido entre la unidad de HAD y las EGC intrahospitalarias.

PROYECTO 2: DESARROLLO DEL PROYECTO DE COLABORACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA

Plan estratégico:

Eje 5.1 Alianzas y referencia.

Línea 5.1, alianzas con centros asistenciales. Proyecto 5.1.1 Crecimiento y consolidación del modelo de relación con Atención Primaria.

INTRODUCCIÓN:

La Atención Primaria (AP) es el primer nivel de atención al paciente en nuestro sistema sanitario, con una alta capacidad de resolución. En ocasiones la complejidad o intensidad de cuidados que requiere la atención al paciente excede a dicha capacidad y el paciente requiere de atención de índole hospitalaria. Así, la mayor parte de pacientes que acuden diariamente a nuestros servicios de urgencias provienen de la comunidad, y la mayor parte de ingresos del área médica de los hospitales a los que da servicio la unidad de HAD provienen de Urgencias. Por otra parte la transmisión de información al alta hospitalaria entre los dos niveles de atención es sensiblemente mejorable y se ve dificultada por múltiples motivos. El principal perjudicado es el paciente, que percibe esa falta de comunicación y sufre las consecuencias.

OBJETIVO GENERAL:

Mejorar el conocimiento de la unidad de HAD por parte de los médicos y enfermeras de AP. Presentar nuestra cartera de servicios, conocer las necesidades específicas que puedan tener y establecer circuitos eficaces de comunicación, tanto para recibir pacientes, evitando ingresos, como para pasar pacientes desde la unidad a AP en las mejores condiciones. Mejorar la eficiencia de la unidad evitando realizar tareas que pueda asumir AP.

DESARROLLO:

Durante el año 2019 se diseñó una estrategia encaminada a presentar la unidad en los centros de salud de nuestras dos zonas, Ponent y Migjorn. Para ello se diseñó un documento informativo, se consensuó con AP y se decidió presentar la unidad en cada uno de los centros de salud de ambas áreas, así como establecer dos centros por área que pudiesen establecer una relación más intensiva con la unidad y que sirviesen de proyectos piloto para extender el modelo, en caso de éxito, al resto de centros.

EVALUACIÓN:

Se proponen los siguientes indicadores:

- Unidad presentada en >80% de centros de salud de ambos sectores.
- Dos centros de salud por área funcionando de forma más intensiva.
- Aumento de la captación directa de pacientes desde AP sin pasar por URGA

PROYECTO 3: ESTABLECER COLABORACIÓN CON EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PALMA

Plan estratégico:

Eje 5.1 Alianzas y referencia.

Línea 5.1.3, consolidación de procesos de transferencia entre hospitales.

INTRODUCCIÓN:

El Hospital San Juan de Dios de Palma (HSJD) es un hospital concertado con la red pública sanitaria balear, que presta servicio a HUSE de diversas maneras, especialmente en rehabilitación, cirugía ortopédica, neurorehabilitación y geriatría, pero también en convalecencia de procesos agudos o descompensaciones de enfermedades crónicas mediante hospitalizaciones procedentes de HUSE.

La unidad de HAD permite realizar hospitalizaciones en el propio domicilio del paciente, evitando complicaciones intrahospitalarias como el delirium o las infecciones nosocomiales, permitiendo una mejor rehabilitación funcional y evitando en gran parte el deterioro funcional asociado al hospital, estando especialmente indicada en pacientes frágiles o ancianos.

OBJETIVO GENERAL:

Establecer circuitos y protocolos de derivación de pacientes entre HSJD y la unidad de HAD para evitar ingresos o reducir estancias hospitalarias en HSJD, permitir una mejor interacción

entre los profesionales de ambas entidades y organizar ingresos y otros servicios desde la unidad al hospital si fuese necesario.

DESARROLLO:

Durante este año se realizarán reuniones con la Dirección Médica de HSJD para crear los circuitos y protocolos de actuación. La DM de HUSE ha de estar presente. Se firmará documento de actuación de forma conjunta. A partir de ahí se presentará la unidad en las unidades de geriatría y traumatología, al menos, y se adaptarán los circuitos generales a su idiosincrasia, de forma que se puedan acometer ingresos desde HSJD a HAD y viceversa en las mejores condiciones de calidad y seguridad posibles y del mismo modo que para el resto de hospitales a los que presta servicio nuestra unidad.

EVALUACIÓN:

Se proponen los siguientes indicadores:

- Circuitos y protocolos establecidos y firmados por ambas direcciones y por la coordinación de la unidad.
- Unidad presentada en, al menos, dos unidades del HSJD.
- Comenzar a captar pacientes durante el año 2020.