

Mesa redonda: "Cirugía en los hospitales comarcales"

Comunicación con el hospital de referencia

Communication with the reference hospital

F. Báez-Romero

Director UGC Servicios Quirúrgicos. Área Sanitaria Norte de Córdoba. Córdoba.

RESUMEN

Analizamos los distintos factores tanto favorecedores como aquellos que impiden una correcta comunicación entre distintos hospitales de distintos niveles de atención. Todo este análisis se realiza desde la visión de la comunicación del hospital comarcal con el centro de referencia.

Palabras clave: coordinación entre niveles asistenciales, organizaciones integradas, hospital comarcal.

ABSTRACT

We analyze the different factors that both favor or prevent a correct communication between different hospitals of different levels of care. All this analysis is done from the vision of the communication of the hospital district with the center of reference.

Keywords: coordination among healthcare levels, integrated healthcare systems, district hospital.

CORRESPONDENCIA

Francisco Báez Romero
Director UGC Servicios Quirúrgicos
Área Sanitaria Norte de Córdoba

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Báez Romero F. Comunicación con el hospital de referencia. Cir Andal. 2018;29(3):258-262

INTRODUCCIÓN

La asistencia sanitaria prestada a un paciente se realiza a diferentes niveles, desde la Atención Primaria (AP) a la Asistencia Especializada (AE).

Cuando la atención se presta de una manera racional y coordinada, se consigue un aumento de la eficiencia, una reducción de los gastos y una mayor percepción de calidad por parte del paciente.

La mejora en la coordinación de los servicios sanitarios se ha convertido por ello en un objetivo prioritario de los sistemas de salud con intervenciones políticas y organizativas en el sistema.

No debemos confundir los términos continuidad asistencial, coordinación asistencial e integración asistencial.

La coordinación asistencial, alude a la concertación de todos los servicios relacionados con la atención a la salud (independientemente del lugar donde se reciben), de modo que se sincronicen y alcancen un objetivo común sin conflictos.

La continuidad asistencial se define como la percepción desde la perspectiva del paciente de la coordinación asistencial, para que sea coherente con sus necesidades médicas y el contexto personal.

Cuando la coordinación y la continuidad alcanzan un grado de excelencia se habla de una asistencia integrada.

Dentro de la continuidad asistencial diferenciamos tres tipos:

- Continuidad de relación que es la relación establecida en el tiempo entre un paciente y sus proveedores de salud.

- Continuidad de información, que es la percepción del paciente de que el proveedor de cuidados dispone de toda la información de acontecimientos anteriores y de que existe un conocimiento acumulado.

- Continuidad de gestión que se refiere a la perspectiva del paciente sobre los diferentes servicios sanitarios que intervienen en su asistencia para que esta se produzca de manera coordinada y sin duplicidades. Este tipo de continuidad, requiere de:

- Flexibilidad, que permite los cambios necesarios en los planes de tratamiento.

- Consistencia en los objetivos y el tratamiento, cuando éste es prestado por diferentes servicios.

- Accesibilidad a los distintos niveles del sistema sanitario.

La coordinación asistencial debe de alcanzarse en todo el proceso de relación con el paciente, comenzando desde la atención primaria hasta la especializada.

El hospital comarcal se incardina en esta línea de continuidad constituyendo el referente y etapa final en la atención de determinadas patologías, pero siendo un eslabón intermedio en otros procesos.

La cartera de servicios de la asistencia especializada es a diferencia de la de AP muy heterogénea, reflejando la disponibilidad de tecnologías o áreas de conocimiento concretas de los profesionales y que depende de múltiples factores estructurales y personales de los especialistas de un entorno.

En numerosas ocasiones el paciente ha de ser atendido en otro centro (hospital de referencia) para proporcionarle un tratamiento

del que no se dispone en el hospital básico. Este salto a otro nivel de asistencia requiere una coordinación y acuerdo de los centros emisor y receptor para que sea fluido y sea percibido por el paciente y por los usuarios internos como correcto coherente y adecuado a sus necesidades.

En los diferentes foros donde se ha abordado este tema, las opiniones coincidían en que la coordinación es complicada pero necesaria, siendo causante de esta complejidad los diferentes entornos de trabajo y las perspectivas de los profesionales de distintos niveles.

Entre los factores que obstaculizan la coordinación entre niveles se incluyen:

- No disponer de un sistema de información y registro único.

- Desconocimiento de los profesionales.

Entre los factores facilitadores:

- La comunicación.

- Buena relación.

- Conocimiento del ámbito de trabajo de los distintos niveles.

Estos últimos favorecen el consenso sobre la atención, agilizan la derivación y ayudan a valorar la función de los otros niveles comprendiendo y apreciando sus dificultades.

El proceso de remisión de un paciente desde un servicio (generalmente un comarcal) hacia otro (centro de referencia) ya sea de la misma especialidad o no, en nuestra comunidad autónoma no está normalizado, existiendo una gran variabilidad en los procedimientos y métodos de derivación, sin que exista un sistema definido y estandarizado (sistema de gestión).

La derivación programada sigue unos cauces estructurales. Generalmente no origina conflictos. El paciente es asumido por el centro receptor y se le asigna una cita.

Sólo en algunas patologías la demora en la misma puede no ser adecuada desde la percepción del paciente o del médico que lo deriva.

La atención en este nivel puede originar un tratamiento específico, o simplemente una valoración o acción puntual y el paciente vuelve al servicio de origen.

En raras ocasiones el paciente no es aceptado por el centro de referencia. En nuestro área esto ocurre con la derivación a otras especialidades y la derivación es devuelta al servicio que lo remitió, originando un nuevo procedimiento.

Para evitar este escollo, es muy útil la existencia de protocolos o vías clínicas de las patologías más frecuentes, que evitan confrontaciones y demoras en la asistencia al paciente.

Por otro lado, la existencia de comités multidisciplinares y las unidades intercentros facilitan el análisis y discusión de los casos difíciles así como derivaciones "innecesarias".

La situación más proclive a generar conflicto es la derivación urgente. En estos casos la sobrecarga de trabajo, y la falta de una adecuada valoración desde la distancia de la situación del paciente, da lugar a opiniones divergentes y opuestas.

El médico receptor puede interpretar la derivación como un intento de liberarse del problema por parte de su colega, lo que supone para él un aumento de su carga de trabajo.

Desde la otra perspectiva, el médico emisor considera que el paciente precisa de medios diagnósticos o terapéuticos de los que no dispone en su centro o que él no está en condiciones de prestar, por lo que es prioritario el traslado al centro de referencia.

La mayoría de estas derivaciones se realizan mediante una conversación directa entre ambos especialistas, y sólo en contados casos el procedimiento está estandarizado. Aún en estos últimos supuestos, creo que la comunicación oral es muy útil.

El conocimiento previo de los profesionales facilita mucho el traslado.

Si hay desconocimiento personal, y más si el receptor es un residente, la transmisión de información puede ser complicada o difícil. El desconocimiento de los medios técnicos y recursos humanos con los que cuenta un hospital comarcal así como el límite de la cartera de servicios de un centro puede desembocar en una revisión crítica de la historia clínica del paciente por parte del residente y de indicación de pautas de actuación que no es bien recibido por parte del cirujano del comarcal.

MATERIAL Y MÉTODO

Para valorar si la derivación de un paciente a un nivel superior de asistencia es percibida como motivo de situaciones conflictivas, hemos realizado una encuesta a todos los hospitales comarcales del sistema sanitario público andaluz, en la que se realizaban seis preguntas.

Hemos recibido diecisiete respuestas de diecisiete posibles.

A la pregunta de si la derivación de pacientes es motivo de conflicto (Figura 1) un 58% respondieron afirmativamente, con gradación, y no suponía un problema serio para el 41% restante.

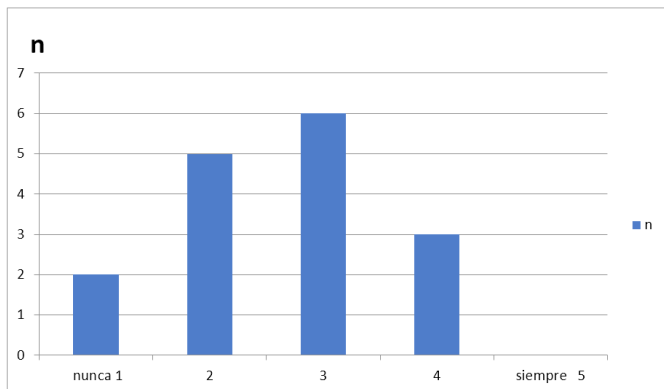


Figura 1 ¿Es la derivación motivo de situaciones conflictivas?

La segunda pregunta pretendía conocer el grado de normalización de las derivaciones (Figura 2). En la mayoría de hospitales no hay protocolos de derivación diseñados, salvo para tres centros, uno que manifiesta tenerlo todo perfectamente definido y dos en la que están consensuadas muchas de las situaciones posibles.

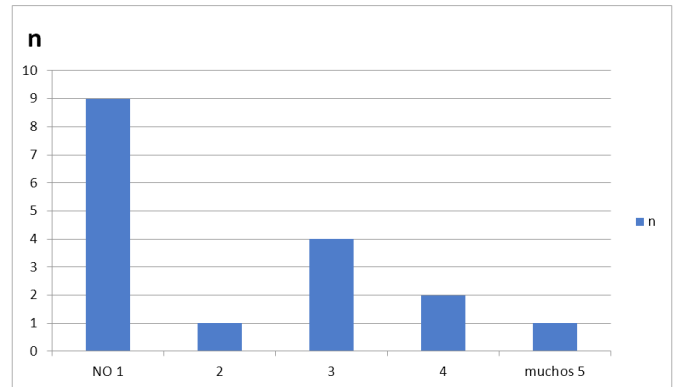


Figura 2 ¿Existen protocolos de derivación?

En cuanto a la existencia de los comités intercentros para discutir y analizar las diferentes patologías así como definir los criterios de tratamiento (Figura 3) no están establecidos en la mayoría de las provincias o áreas de gestión. Aunque en tres hospitales sí disponen de estos comités en un número que consideran adecuado.

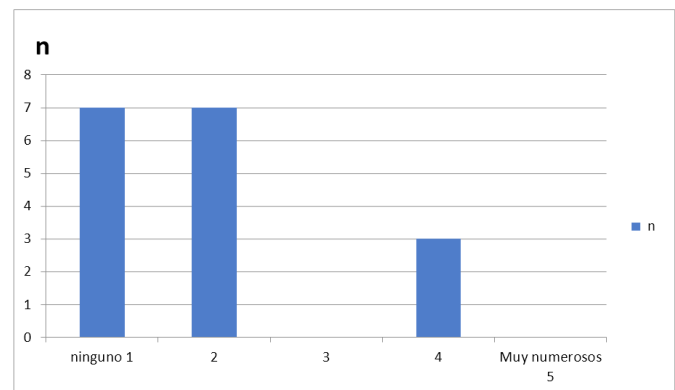


Figura 3 ¿Existen comités provinciales para discutir las estrategias de tratamiento?

En cuanto a su utilidad (Figura 4) la mayoría de centros consideran que son (o serían) útiles en la fluidez del contacto y en la resolución de conflictos.

La quinta pregunta (Figura 5) pretende valorar la opinión que creemos que tienen en los centros de referencia de la labor del hospital comarcal. La mayoría de los hospitales comarcales responden de modo negativo. Es decir, los que desarrollamos nuestra actividad asistencial tenemos la sensación de que nuestro trabajo no es adecuadamente apreciado en cuanto a la capacidad y calidad científico-técnica.

Por último, todos los encuestados consideran que sería muy útil la rotación de los residentes de últimos años por un hospital básico (Figura 6).

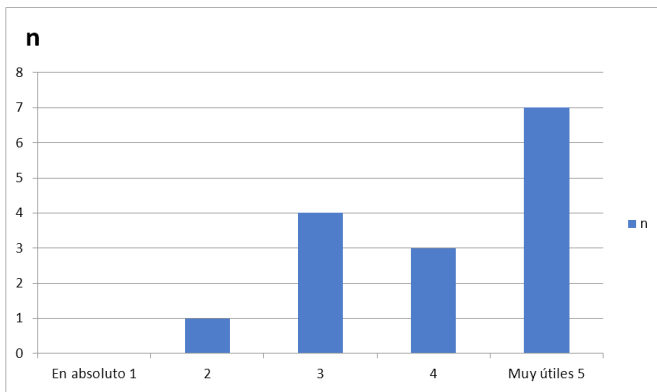


Figura 4

¿Considera que son útiles estos comités?

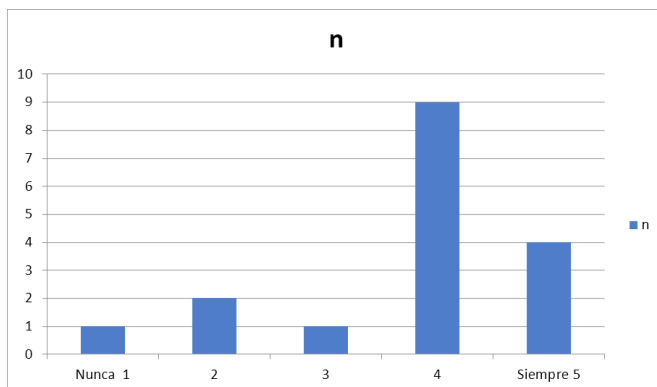


Figura 5

¿Se infravalora la actividad del hospital comarcal en el centro de referencia?

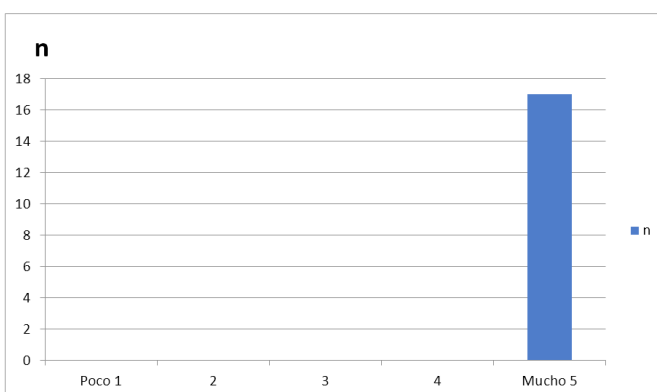


Figura 6

¿Sería conveniente la rotación de los residentes por un hospital comarcal?

Los protocolos de derivación son escasos y cuando existen no cubren todas las posibles situaciones.

Los comités multidisciplinares no están extendidos aunque son muy útiles al menos en las derivaciones programadas, no así en las situaciones de urgencia.

La percepción del hospital comarcal es que se desconoce su actividad y calidad en el centro de referencia y creo que esto se debe a la experiencia previa de alguna confrontación en el proceso de derivación.

Todos consideramos que sería muy útil la rotación de los residentes por los servicios quirúrgicos de un hospital básico.

DISCUSIÓN

Tras el análisis de los resultados de la encuesta podemos afirmar que no hay fluidez en la derivación de pacientes al centro de referencia, ya sea por considerar el centro de nivel superior que la derivación no está indicada, ya sea por la demora en la atención, que desde el hospital básico suponemos que siempre es superior a la que se establece para los enfermos encamados en el mismo centro. Esta conflictividad es variable dependiendo del entorno geográfico donde se sitúan los centros emisor y receptor.

Sin embargo, debemos tener presente que siguiendo los preceptos de equidad y universalidad la asistencia prestada a un paciente debe ser homogénea, y que aún cuando existan diferentes proveedores de servicios de salud, todos ellos se realizan sobre un mismo paciente que es quien recorre el camino, y que éste ha de ser fácil.

Esta prestación de asistencia ha de ser fluida, correcta, coherente y percibida por el paciente como de calidad.

Los elementos necesarios para una coordinación asistencial son:

- La conexión de los servicios sanitarios.
- La existencia de sistemas de información comunes que permitan la accesibilidad y transferencia de la documentación clínica.
- Un objetivo común que facilite la creación de un plan unificado de gestión.
- La sincronización entre las partes actuantes.

La derivación de pacientes desde un hospital básico a un centro de referencia debe ser entendida como un medio de mejor aprovechamiento de los recursos y una garantía de buena asistencia al paciente siguiendo el criterio de universalidad y equidad.

La cartera de servicios de cada centro de Atención Especializada es variable en función de su dotación estructural y de recursos humanos. El conocimiento de estos por los diferentes agentes sanitarios facilitará la derivación de pacientes de uno a otro centro.

La calidad en la asistencia Sanitaria exige una normalización y la prestación de los cuidados en base a unos protocolos de actuación

La distribución del histograma de frecuencias no siguió en ninguna de las preguntas una distribución normal estadística, salvo en la primera, sino que muestra una amplia variabilidad que se justifica por la diversidad de situaciones o con un marcado sesgo.

Creo que hay situaciones conflictivas en las derivaciones de pacientes no de una forma generalizada sino variable dependiendo del entorno y de la relación de los servicios emisor y receptor implicados.

o vías clínicas. Estas son el fundamento para el diseño de los Planes Asistenciales Integrados, donde se definen perfectamente los criterios y mecanismos de derivación desde AP a AE así como los procedimientos a realizar. Sin embargo no especifican nada de la derivación intercentros, posiblemente por la variabilidad de cartera de servicios de cada hospital.

Sería útil el desarrollo de la Cartera de Servicios Única por Procesos, definida en 2004 pero por ahora no desarrollada. En ella se describen las actividades a realizar y los criterios de calidad de cada una de ellas.

Parece ser que la inclusión de la Cartera de Servicios por Procesos en el contrato programa de este año, puede suponer un impulso a la elaboración de vías clínicas o modelos de procedimiento donde se definan de manera clara los criterios de derivación y tratamiento de las patologías que ahí se consideran.

Siguiendo este modelo y en base a la cartera de servicios y la dotación de cada centro los gestores y profesionales deben de crear un mapa completo de donde y como prestar la asistencia, así como los flujos de pacientes, para garantizar la homogeneidad y equidad.

Pero es absolutamente necesaria además la existencia de comités que evalúen el cumplimiento de tales vías y procesos y analicen los casos complejos o motivo de conflicto para establecer acciones de mejora.

El conocimiento personal y sobre todo el conocimiento de las condiciones y limitaciones de la asistencia en un hospital comarcal facilitan sobremanera la coordinación asistencial y lógicamente la continuidad asistencial, al percibir el paciente que su historia es conocida y consensuada en los diferentes niveles de asistencia. Por ello consideramos muy útil la rotación de los residentes, o incluso la obligatoriedad de desempeñar una función plenamente asistencial no tutelada en un hospital comarcal abarcando todas las áreas de la cirugía antes de dedicarse a un campo de superespecialización.