



**PLAN OPERATIVO DE LA UNIDAD DE
COORDINACIÓN Y APOYO ASISTENCIAL A
RESIDENCIAS**

AREA SANITARIA DE A CORUÑA E CEE

Octubre 2022

ÍNDICE

1. MARCO JUSTIFICATIVO	1
2. AMBITO DE APLICACIÓN	4
3. PLANIFICACIÓN ESTRATEGICA	5
3.1. OBJETIVOS	5
3.1.1. COORDINACION Y GESTIÓN CON LAS RESIDENCIAS	5
3.1.2. COORDINACION Y GESTIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA.....	6
3.1.4. COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA	7
3.1.5. ENFERMERA GESTORA DE ATENCIÓN COMUNITARIA.....	8
3.1.6. DOCENCIA.....	9
3.2. ESTRUCTURA DE LA UNIDAD	10
3.2.1. LOCALIZACIÓN.....	10
3.2.2. DEPENDENCIA JERÁRQUICA	10
3.2.3. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES.....	10
3.3. CARTERA DE SERVICIOS	11
4. EQUIPO MULTIDISCIPLINAR	12
4.1. MEDICINA INTERNA	13
4.1.1. UNIDAD DE CRÓNICOS COMPLEJOS.....	13
4.1.2. UNIDAD DE ENLACE DE MEDICINA INTERNA	14
4.2. HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO	15
4.3. PSIQUIATRÍA	18
4.4. UNIDAD DE NUTRICIÓN	22
4.5. FARMACIA	23
4.6. TRABAJO SOCIAL	25
5. PAGINA WEB	27
6. BIBLIOGRAFÍA	28

1. MARCO JUSTIFICATIVO

Una atención social y sanitaria de calidad en las personas mayores o con discapacidad debe ser uno de los objetivos de cualquier sociedad avanzada.

El envejecimiento de la población y la mejora de las condiciones higiénico-sanitarias generan un incremento importante de la prevalencia de patologías crónicas siendo necesario un cambio en el abordaje sanitario de esta población.

Es frecuente en los usuarios de residencias y centros Sociosanitarios la pluripatología, así como la polimedicación, todo lo anterior conlleva una mayor complejidad en su atención asistencial, así como un mayor consumo de recursos sanitarios. La atención al enfermo crónico complejo y pluripatológico es un reto de los Servicios de Salud.

El ingreso de una persona en una residencia viene motivado muchas veces por su nivel de dependencia, fragilidad y vulnerabilidad. En las residencias de mayores y centros residenciales de carácter social es habitual que residan personas con limitaciones cognitivas y funcionales, secundarias al propio envejecimiento o a distintas patologías crónicas, que condicionan su calidad de vida.

La coordinación entre el nivel sanitario y el social cobra una especial importancia, no solo en las personas mayores que viven solas y sin apoyos familiares, sino también en los institucionalizados en residencias sociosanitarias. Muchos de los residentes de estos centros no solo precisan cuidados básicos de la vida diaria sino también de una atención sanitaria continua que no necesariamente, en caso de descompensación aguda, tiene que estar vinculada a un ingreso o traslado a un hospital.

Es necesario reorientar y acercar la atención sanitaria a los centros residenciales para así evitar derivaciones innecesarias, así como posibilitar alternativas al ingreso convencional disminuyendo de esta forma la iatrogenia que en muchas ocasiones genera el ingreso en un hospital. Es, por tanto, necesario mejorar y coordinar la labor asistencial y para ello, es preciso establecer un plan de asistencia sanitaria integrada que posibilite que el paciente reciba la atención clínica y el tratamiento indicado, tanto curativo como paliativo, en su entorno habitual.

Desde el inicio de la crisis causada por la COVID-19, el colectivo de residentes y usuarios de residencias sociosanitarias fue considerado de especial riesgo en relación a que:

- Habitualmente presentan patología de base o comorbilidades.
- Suelen presentar una edad avanzada.
- Tienen contacto estrecho con otras personas (o sus cuidadores) y otros convivientes.
- Suelen pasar mucho tiempo en entornos cerrados y con población igualmente vulnerable.

De igual manera, los trabajadores de estos centros presentan un riesgo de contagio mayor, al tiempo que pueden actuar como transmisores de la infección a un número alto de residentes.

Esta crisis sanitaria provocada por la COVID-19 en las residencias de mayores y la necesidad de mejorar la coordinación entre las residencias sociosanitarias y el sistema sanitario propició la elaboración del Protocolo *conjunto de la Consellería de Sanidad y de la Consellería de Política Social para el manejo de la crisis sanitaria provocada por el virus SARS CoV-2 (COVID-19) en las residencias de mayores y en otros centros sociosanitarios*. Dentro de este protocolo se recoge que la asistencia sanitaria en los centros residenciales pivota sobre un eje estructural centrado

en tres niveles de atención: el personal sanitario de los centros, el equipo de atención primaria y el de atención hospitalaria (geriatría/otros servicios y unidades hospitalarias), con una interacción activa entre los tres niveles y transferencia continua de información sanitaria.

También se recoge en este protocolo que las residencias que no están obligadas por normativa a tener personal sanitario, serán los equipos de atención primaria los profesionales referentes. Para eso, se designará un equipo para la atención de las residencias según la capacidad de los centros de atención primaria. Estos equipos de atención primaria tendrán comunicación directa con los/as referentes de geriatría/otros servicios y unidades hospitalarias a través de circuitos y vías clínicas que prioricen a estos pacientes, pudiendo realizar la derivación directa a los hospitales de día y solicitud de ingreso en unidad de agudos o en Hospitalización a Domicilio (HADO).

A nivel hospitalario el protocolo recoge que se contará con los/as especialistas en geriatría o, en su defecto, otros servicios y unidades hospitalarias. Estos actuarán como consultores/as ante cualquiera demanda del personal sanitario de los centros residenciales o de los equipos de atención primaria, actuando como coordinador/a de la atención integral de los centros residenciales en el área o distrito sanitario.

En la figura que se refleja a continuación se detalla la atención a los residentes por cada uno de los referentes sanitarios y la existencia de una unidad de coordinación y apoyo asistencial tal y como se recoge en el Protocolo Conjunto.

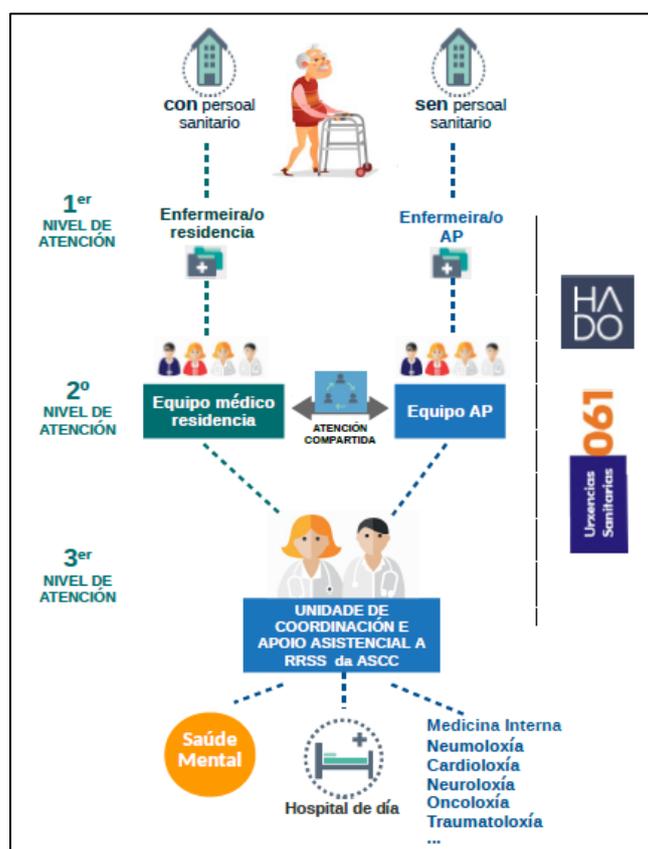


Figura 1. Atención a los usuarios de residencias

(Fuente: Protocolo Conjunto de la Consellería de Política Social para el manejo de la crisis sanitaria provocada por el virus SARS CoV-2 en las residencias de mayores y otros centros sociosanitarios)

Durante la pandemia de la Covid-19, en el Área Sanitaria de A Coruña y Cee se crea un **equipo de intervención y apoyo** a las residencias formado por:

- Un facultativo de HADO (Coordinador del equipo)
- Un facultativo de atención primaria
- Una enfermera especialista familiar y comunitaria
- Un farmacéutico hospitalario
- Un administrativo

El objetivo de este equipo era la asistencia, siempre que fuera posible, en el propio entorno de los pacientes, teniendo en cuenta su grado de dependencia y estado clínico. Para ello contaba con la disponibilidad de recursos sanitarios del área sanitaria, la colaboración de los profesionales médicos y personal de enfermería de las residencias sociosanitarias a los que se suman otros profesionales sanitarios del ámbito de la atención primaria y/o hospitalario.

Transcurridos los primeros meses se objetivó la necesidad de consolidar esta línea de trabajo de coordinación sanitaria y asistencial y para eso se crea la **“Unidad de Coordinación y Apoyo Asistencial a Residencias”** integrada en el Servicio de HADO del Área Sanitaria de la Coruña e Cee. El objetivo principal de esta unidad es desarrollar y promover circuitos de comunicación y asistenciales más fluidos entre el nivel sanitario y el social evitando la fragmentación existente.

3. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

3.1. OBJETIVOS

El objetivo principal de la Unidad de Coordinación y apoyo asistencial a residencias es desarrollar y promover circuitos de comunicación y asistenciales más fluidos entre el nivel sanitario y el social evitando la fragmentación existente.

Otros objetivos son:

- Prevención y promoción de la salud en los usuarios institucionalizados.
- Desarrollar y mejorar los cuidados paliativos en los usuarios al final de su vida.
- Establecer la figura de enfermera gestora de la unidad como elemento de conexión entre la residencia, los servicios hospitalarios y atención primaria.
- Coordinación administrativa entre los centros residenciales y el sistema sanitario facilitando la gestión de censos, tramitación de pruebas y asesoramiento.
- Desarrollar planes de actuación que faciliten y posibiliten la planificación sociosanitaria.

3.1.1. COORDINACION Y GESTIÓN CON LAS RESIDENCIAS

- Establecer cauces de comunicación (buzón de correo, teléfono, videollamada) ágiles entre los profesionales de residencias y la Unidad de Coordinación para facilitar la comunicación entre los centros residenciales y los servicios hospitalarios de referencia (Urgencias, Medicina Interna, Psiquiatría, Trabajo Social, Farmacia...)
- Mejorar el acceso a los recursos asistenciales del área sanitaria de los usuarios de residencias y sus profesionales.
- Dar soporte clínico y asistencial a los profesionales sanitarios de las residencias.
- Diseñar e implementar planes de trabajo para mejorar la actividad y calidad asistencial.
- Contribuir a la gestión del censo de usuarios para su registro en historia clínica IANUS.
- Planificar y facilitar en las residencias los cuidados sanitarios y paliativos.
- Promoción de la prevención de fragilidad y de caídas en personas mayores.
- Establecer reuniones presenciales de forma periódica con los equipos profesionales de atención a los residentes.
- Coordinar con los equipos sanitarios de las residencias las altas hospitalarias de sus usuarios.
- Valorar la necesidad de continuidad asistencial en pacientes derivados al Servicio de Urgencias del hospital.
- Contribuir al desarrollo de historia clínica en residencias. Es necesario dotar a los profesionales sanitarios de las residencias del área de la posibilidad de utilizar IANUS en los residentes a su cargo con todas sus opciones:
 - Registro en la historia clínica
 - Solicitud de Interconsulta/e-consulta a HADO u otras especialidades
 - Solicitud de pruebas complementarias, así como visualización de los resultados.

3.1.2. COORDINACION Y GESTIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA

- Elaborar un proyecto asistencial conjuntamente con la Dirección de atención primaria y los centros de salud implicados en la atención sanitaria de usuarios de residencias.
- Establecer líneas de trabajo mediante reuniones presenciales/ online con los equipos de cada centro de salud.
- Coordinar y facilitar la interrelación de atención primaria y el hospital para mejorar la atención sanitaria de los usuarios en residencias.
- Dar soporte clínico y asistencial a los profesionales de los centros de salud.
- En residencias con prestación de “farmacia hospitalaria” establecer cauces de comunicación ágiles entre las residencias y los farmacéuticos de atención primaria.
- Establecer planes de conciliación y de desprescripción farmacéutica.
- Posibilitar la interconsulta desde atención primaria con el equipo multidisciplinar de la Unidad de coordinación de residencias.
- Facilitar a los médicos de atención primaria la gestión del ingreso directo de usuarios en el hospital sin paso previo por urgencias.
- Coordinar con atención primaria las altas del hospital de usuarios de residencias.
- Participar en el diseño e implementación de los cambios organizativos necesarios en atención primaria para alcanzar una asistencia más eficiente.
- Diseñar, de forma conjunta con atención primaria, planes de promoción y prevención de salud.

3.1.3. COORDINACION Y GESTIÓN CON CENTRO HOSPITALARIO

-Desarrollo tecnológico

En la actualidad, tanto desde el punto de vista sanitario como social, es necesario promover un mayor desarrollo tecnológico en los centros residenciales que permita mejorar la atención a sus usuarios. Durante la pandemia de la Covid-19 se objetivó la necesidad de utilizar elementos tecnológicos con el objetivo de mantener una adecuada comunicación social (videollamadas, webinar, etc).

El desarrollo tecnológico actual posibilita la opción de realizar consulta de telemedicina a distintos profesionales del sistema sanitario evitando inconvenientes de gestión o de desplazamiento de usuarios al hospital. En esta línea es necesario establecer nuevos elementos que posibiliten, mejoren y por tanto acerquen a las residencias al nivel asistencial.

Se considera importante desarrollar y dotar a los centros residenciales de la posibilidad de interactuar de una forma adecuada y ágil con los distintos niveles asistenciales (atención primaria y hospitalaria). Para eso debe establecerse la posibilidad de realizar E-consulta o teleconsulta con los profesionales necesarios. También se posibilitará la opción de videollamada con los profesionales clínicos responsables de la Unidad de coordinación de residencias de HADO.

-Gestión de procesos

Es preciso establecer circuitos de derivación más accesibles para pacientes que precisen ingreso en el hospital, así como realizar una adecuada planificación de los cuidados que precisen al alta. Para mejorar la conexión de los centros residenciales/atención primaria con el hospital y mejorar la asistencia a los usuarios de residencias se considera necesario y de gran utilidad el establecer la figura de la enfermera gestora especialista en atención comunitaria. Esta figura puede facilitar e implementar líneas de actuación conjunta, así como establecer vías de comunicación más ágiles y más eficientes entre los distintos niveles asistenciales.

-Ambulatorización de procesos

Los usuarios de residencias presentan una edad avanzada con gran fragilidad e importantes comorbilidades que condicionan y limitan su posibilidad de desplazamiento, por lo que es necesario diseñar nuevas estrategias que permitan la atención telemática desde el hospital, así como la ambulatorización siempre que sea posible de los distintos procesos asistenciales.

-Planificación de procesos asistenciales

Los usuarios de residencias suelen precisar la intervención de diferentes especialidades médicas. Desde la Unidad de Coordinación y mediante el equipo multidisciplinar se diseñarán estrategias de abordaje conjunto para facilitar la continuidad asistencial.

Son ejemplos de proyectos de coordinación, en fase de diseño o de desarrollo, con otras especialidades:

- Evaluación de la situación epidemiológica de las residencias en relación a la presencia de gérmenes multiresistentes. Se realiza en colaboración con los Servicios de Medicina Preventiva y Microbiología.
- Evaluación de los usuarios “etiquetados” de alérgicos a penicilina. Se realiza en colaboración con el Servicio de Alergias
- Ambulatorización de sillas posicionadoras. En colaboración con el Servicio de Rehabilitación
- Prevención de osteoporosis y fracturas secundarias. En colaboración con el Servicio de Reumatología
- Desprescripción de fármacos. En colaboración con el Servicio de Farmacia
- Evaluación de antipsicóticos depot en usuarios de residencias en colaboración con el Equipo de Salud Mental a residencias del Servicio de Psiquiatría.

3.1.4. COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA

-Durante la pandemia se objetivó la necesidad de tener identificados en la historia clínica IANUS a los usuarios de las residencias de mayores y de discapacidad. Para conseguir este objetivo se elaboró un censo de usuarios en cada residencia del Área sanitaria que a su vez se correlacionó con la historia clínica IANUS permitiendo así una identificación correcta tanto del usuario como de la residencia correspondiente.

La actualización constante y diaria de este censo (altas y bajas) se concentra y se realiza desde la Unidad de Coordinación de Residencias.

Por otra parte, la existencia de esta identificación del usuario de residencia permite hacer un seguimiento constante de la interacción de dichos usuarios con el hospital mediante la elaboración de una serie de listas de trabajo: usuarios en el Servicio de Urgencias, usuarios ingresados...

-También dentro de la coordinación de esta Unidad es un objetivo el facilitar los distintos procesos administrativos implicados en la asistencia sanitaria (pruebas complementarias, desplazamiento con ambulancia...)

3.1.5. ENFERMERA GESTORA DE ATENCIÓN COMUNITARIA

Entre las funciones de atención comunitaria de la enfermera gestora se encuentran las siguientes:

-Realizar valoraciones de usuarios y aplicar procedimientos (curas complejas, realización de pruebas, administración de medicación...) en residencias de toda el área sanitaria en coordinación con otros miembros del equipo interdisciplinar.

-Asesorar y orientar en la toma de decisiones de cuidados a los profesionales de los centros residenciales en casos complejos o dudosos.

-Realizar seguimiento proactivo de usuarios complejos con el objetivo de mejorar la continuidad entre los diferentes niveles asistenciales y el centro residencial.

-Realizar seguimiento diario, incluyendo fines de semana y festivos, de usuarios de residencias derivados al Servicio de Urgencias y hospitalizados mediante conexión a escritorio remoto (VPN).

-Valorar e investigar la prevalencia de problemas de salud más frecuentes en los usuarios de residencias del área, así como el consumo hospitalario de estos (en función del número de derivaciones a Urgencias, servicio de ingreso, estancia hospitalaria...). Con el fin de realizar mejoras en los protocolos de actuación al adaptarlos a la realidad de la comunidad de residentes del área.

-Orientar en el abordaje, control y detección de brotes epidemiológicos en los centros residenciales (COVID, gripe, sarna...). Coordinación con el Servicio de Epidemiología de Jefatura Territorial de Sanidad para evaluar la implantación de medidas.

-Valorar la implantación e informar a los centros residenciales de los protocolos existentes en cuanto a medidas de prevención y promoción de la salud, como, por ejemplo: vacunación en el adulto.

- Coordinación y enlace entre las residencias y el Servicio de Suministros Hospitalarios para la resolución de problemas en cuanto a falta y escasez de productos sanitarios (material fungible, pañales y apósitos de cura humedad) para llevar a cabo la práctica diaria en las residencias. Valorar modificación en cuanto a los catálogos de productos existentes y/u otros elementos de mejora.

-Valorar necesidades de formación en el colectivo de trabajadores de residencias. Elaborar y planificar el plan formativo y las solicitudes de acreditación de este, en colaboración con Comisión de Docencia.

3.1.6. DOCENCIA

-Docencia para los profesionales de los centros residenciales

Entre los objetivos de la Unidad de Coordinación de Residencias se encuentra el de proporcionar formación a los profesionales de atención directa a usuarios de residencias.

Dicho programa formativo se inicia en septiembre de 2021 para los profesionales del Área Sanitaria de A Coruña e Cee. Actualmente, y en colaboración con la Consellería de Política Social, se desarrolla este programa docente para todos los profesionales de residencias sociosanitarias de Galicia.

El programa consta de las siguientes actividades acreditadas/certificadas por la Comisión autonómica de formación continuada:

- Sesiones divulgativas online de 45-60 minutos de duración
- Sesiones formativas online para profesionales sanitarios de 2-3 horas
- Sesiones presenciales tanto en el hospital como en las residencias para pequeños grupos de trabajo

-Docencia para profesionales sanitarios

Es un objetivo docente de la Unidad de Coordinación el dar a conocer la organización y necesidades asistenciales del “mundo residencial”, sus características y procedimientos de actuación. Desde la mejora de dicho conocimiento se podrá desarrollar una adecuada relación entre los distintos niveles asistenciales. Se establece la posibilidad de que el personal en formación (médicos y enfermeras internos residentes) puedan rotar en la Unidad de coordinación para desarrollar sus conocimientos en este nivel asistencial. Se establecen dos posibilidades:

- Estancia formativa corta (1-2 mañanas) enfocada para los Enfermeros Interno Residentes (EIR) de Enfermería Familiar y Comunitaria y Médicos Interno Residentes (MIR) de Medicina Familiar y Comunitaria que dentro de su programa formativo rotan por HADO.
- Rotación específica en la Unidad durante 15 días enfocada de manera voluntaria para EIR de Enfermería Familiar y Comunitaria, cuyo objetivo es conocer las características de los centros residenciales, el funcionamiento de la Unidad de Coordinación y de todo el equipo interdisciplinar. Durante el periodo formativo el/la residente rotará con el personal de enfermería de todo el equipo interdisciplinar (enfermera de la Unidad de Coordinación, Enfermera del equipo de Salud Mental, enfermera gestora de la Unidad de Crónicos Complejos (UCC) y enfermera de HADO.

3.2. ESTRUCTURA DE LA UNIDAD

3.2.1. LOCALIZACIÓN

La Unidad de Coordinación de Residencias se ubica en la planta sótano del Hospital Marítimo de Oza en la ciudad de A Coruña

3.2.2. DEPENDENCIA JERÁRQUICA

La Unidad de Coordinación y Apoyo Asistencial a Residencias se integra jerárquicamente en el Servicio de HADO con dependencia de la Jefatura de dicho Servicio.

3.2.3. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

Actualmente los recursos humanos son:

- Un facultativo especialista de Área (Dr. Fernando Lamelo Alfonsín) como responsable de la Unidad.
- Una enfermera especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria (Mercedes Domínguez Fernández) responsable de la gestión de atención comunitaria en las residencias.
- Una profesional administrativa (Rosario Vázquez López).

Los recursos materiales de la unidad son dos despachos equipados con sistemas informáticos y un vehículo.

3.3. CARTERA DE SERVICIOS

- Coordinación y gestión de la atención sanitaria en las residencias.
- Dirección y planificación del equipo sanitario multidisciplinar de Atención a las residencias.
- Gestión administrativa de los censos de usuarios de residencias para la identificación de los usuarios en Historia clínica IANUS.
- Formación de profesionales de residencias.
- Desarrollar vías de comunicación eficientes entre el sistema sanitario y las residencias.
- Establecer circuitos de atención clínica a los usuarios a nivel hospitalario.
- Establecer vías de comunicación y líneas de trabajo con atención primaria.
- Asesoramiento a profesionales sanitarios de residencias en la asistencia clínica de usuarios.
- Promover y Desarrollar la Atención Paliativa en residencias.
- Establecer líneas de trabajo y alianzas con otros servicios del hospital.
- Promover y desarrollar en las residencias la prestación de Farmacia Hospitalaria.
- Administración de fármacos parenterales en residencias fuera del área de cobertura de HADO.
- Realizar procedimientos técnicos (pruebas de laboratorio y microbiología, paracentesis, toracocentesis, ...) y de soporte (ferroterapia parenteral, transfusión sanguínea) en las residencias.
- Seguimiento clínico de usuarios de residencias durante su ingreso en el hospital.
- Dar soporte clínico presencial a los responsables de Medicina Interna de la UCC.
- Organización de la atención sanitaria en residencias con brotes por infección SARS-CoV-2.
- Planificación de cuidados sanitarios y del traslado a la residencia de los usuarios ingresados en el hospital.
- Evaluación clínica y de resultados de pruebas complementarias pendientes al alta de los usuarios desde el Servicio de Urgencias del hospital.
- Solicitud y gestión de pruebas complementarias en residencias.
- Interconsultas con otras especialidades.
- Coordinar la información en relación a la infección por SARS-CoV-2 con la Jefatura Territorial de Sanidad.
- Gestión del material necesario para prestar asistencia a los usuarios en las residencias.

4. EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

En septiembre de 2020 se creó un equipo asistencial multidisciplinar formado por profesionales sanitarios de diversas especialidades con el objetivo principal de mejorar la coordinación sociosanitaria y la actividad asistencial en las residencias. Otro de los objetivos del equipo es establecer líneas de trabajo conjuntas con las residencias, atención primaria y atención hospitalaria.

Actualmente el equipo multidisciplinar está compuesto por profesionales de los siguientes servicios/unidades:



Figura 3. Composición del equipo interdisciplinar

(Fuente: Elaboración propia)

4.1. MEDICINA INTERNA

4.1.1. UNIDAD DE CRÓNICOS COMPLEJOS

La Unidad de Pacientes Crónicos Complejos (UCC), perteneciente al Servicio de Medicina Interna, está situada en la segunda planta del Hospital Marítimo de Oza. Está compuesta por un equipo formado por 5 facultativos, una supervisora de Enfermería, unidad de enfermería y auxiliares de enfermería.

El objetivo principal de esta Unidad es prestar atención ágil, coordinada y con visión integral de los pacientes crónicos, frágiles y pluripatológicos de nuestra área, entre los que se encuentran los usuarios de residencias de mayores y discapacitados.

Otros objetivos de esta Unidad son:

- Evitar y disminuir el número de ingresos inadecuados en un centro de agudos de un hospital de tercer nivel.
- Dinamizar el ingreso en el hospital evitando estancias largas, pudiendo facilitarse con alta precoz y posterior revisión y manejo en consulta y Hospital de Día.
- Ofrecer al paciente crónico y pluripatológico una continuidad asistencial, aportando una mayor eficiencia en el manejo de este paciente, así como una reducción en la frecuentación de dispositivos de agudos.
- Formación de MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Todos los residentes que roten por la unidad pasarán un par de días con el médico responsable del programa asistencial a usuarios de residencias.

En cuanto a la atención del paciente de residencias el objetivo de esta unidad es servir de apoyo a los equipos sanitarios de las residencias y con ello mejorar la coordinación sociosanitaria, garantizar la continuidad asistencial y reducir las derivaciones e ingresos innecesarios al hospital.

Actualmente la UCC cuenta con los siguientes **dispositivos asistenciales**:

-Planta de hospitalización convencional: dispone de 42 camas estructurales.

-Hospital de día: Dotado de 2 sillones para utilizar en horario de mañana los días laborables.

El objetivo del hospital de día es realizar una evaluación clínica del paciente y poder administrar medicación endovenosa (diuréticos, ferroterapia, antibioterapia, corticoides...), nebulizaciones, soporte hemoterápico y realización de técnicas invasivas como toracocentesis, paracentesis o curas complejas por parte de personal de enfermería. Si finalmente fuese necesario el ingreso hospitalario del usuario de este dispositivo, podría hacerse directamente en la unidad de hospitalización o bien en el Servicio de HADO para garantizar una continuidad asistencial.

-Consulta:

-Consulta con modalidad presencial convencional y con huecos flexibles preferentes/urgentes para atención de descompensaciones o problemas de salud que precisen ser evaluados con escasa demora.

-Consulta telemática para resolución de interconsultas de patología médica con compromiso de respuesta entre 24-72 horas. También existe la posibilidad de realizar consultas de enfermería.

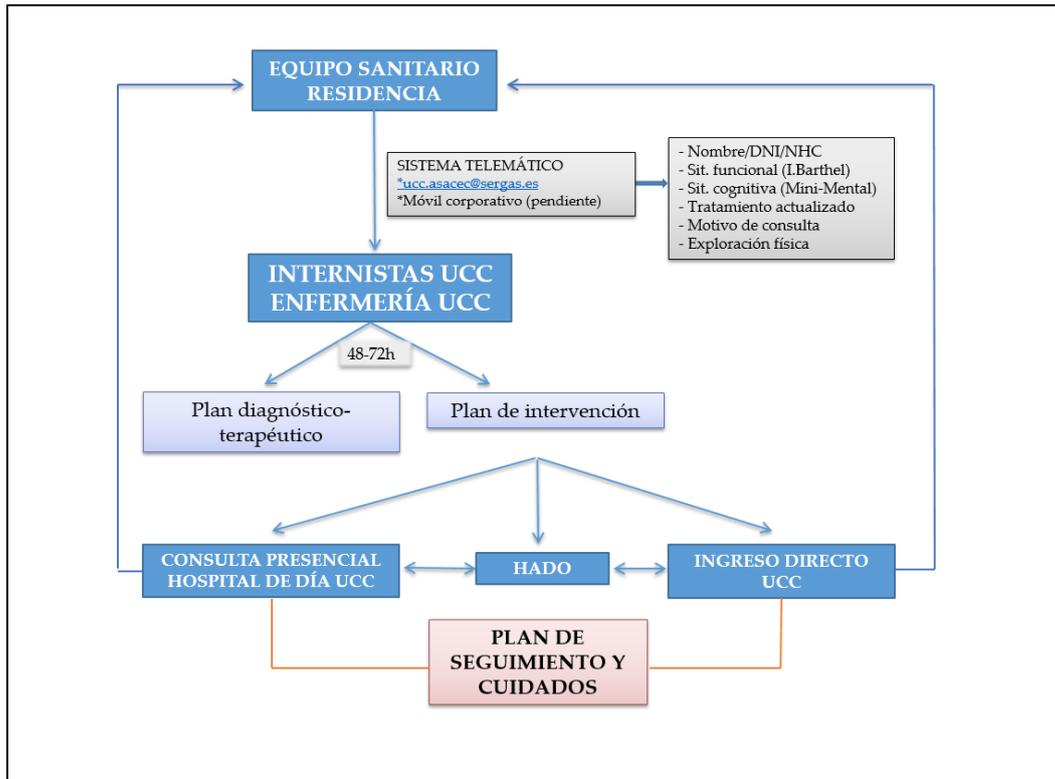


Figura 4. Circuito de interconsulta en la UCC.

(Fuente: Elaboración propia)

4.1.2. UNIDAD DE ENLACE DE MEDICINA INTERNA

La Unidad de Enlace del Servicio de Medicina Interna realiza su labor asistencial en el Área de Urgencias, consta en la actualidad de 4 facultativos de Medicina Interna.

La cobertura asistencial es de 12 horas (08 a 20:00h) de lunes a viernes, 2 médicos adjuntos en horario de mañana y 2 de tarde.

En los pacientes de residencias de mayores y discapacitados y tras la valoración inicial por parte de los facultativos de Urgencias se priorizará su atención clínica para que una vez orientado el diagnóstico e indicado el tratamiento, se evalúe la posibilidad de manejo en su residencia siempre que sea factible, bien directamente tras contacto con la misma o bien mediante ingreso en la modalidad de HADO.

Esta unidad realiza el pase de visita médica de los usuarios de residencia que estén en el Área de Urgencias en seguimiento por M. Interna o pendientes de cama para ingreso en el hospital.

En caso de precisar ingreso en el complejo hospitalario, se realizarán las gestiones oportunas para que dicho ingreso se realice preferiblemente en la Unidad de Crónicos Complejos.

Fuera del horario de cobertura de la Unidad de enlace, estos pacientes deberán de ser valorados por la guardia de medicina interna, intentando en la medida de lo posible mantener los mismos criterios asistenciales.

4.2. HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

El objetivo de HADO es el de proporcionar cuidados sanitarios de rango hospitalario a los usuarios de residencias de mayores y centros de discapacidad como alternativa al ingreso convencional. Es propósito del ingreso en la modalidad de HADO el disminuir la iatrogenia asociada a un ingreso hospitalario, así como mejorar el grado de satisfacción del usuario y/o familia al permanecer el paciente en su entorno habitual y siendo atendido por sus cuidadores habituales.

Las Unidades de HADO desarrollan su labor asistencial con un importante equilibrio entre tecnología y humanidad, prestando una atención sanitaria eficiente al paciente y todo esto en un entorno de práctica médica basada en una relación médico-paciente de gran calidad y calidez.

En el cambio de modelo sanitario, no centrado en el hospital, es necesario pasar a modelos de atención más ágiles y flexibles, con estructuras asistenciales sencillas que permitan la intervención a nivel domiciliario de forma adecuada a las necesidades de los pacientes.

Estas nuevas modalidades de atención sanitaria deben estar basadas en el empoderamiento del paciente/cuidador, en la intervención remota, en la adecuación del nivel de atención, en reforzar la prevención y con el objetivo de disminuir la frecuentación sanitaria innecesaria (consultas de revisión, urgencias, ingresos innecesarios).

Por otra parte, el gran desarrollo tecnológico de las últimas décadas permitió que muchos pacientes con gran complejidad clínica y terapéutica puedan ser tratados en su entorno habitual con la misma efectividad, pero con un menor consumo de recursos sanitarios. Este desarrollo de la tecnología de comunicación e información permite una mejora de la gestión asistencial de los pacientes, posibilitando que esta sea coordinada y compartida entre los distintos niveles asistenciales (atención primaria, hospital y residencias sociosanitarias).

Las Unidades de HADO pueden ser un importante eslabón entre los niveles asistenciales debido a su capacidad de interrelacionarse con sus distintos profesionales

En el Área Sanitaria de A Coruña existen en la actualidad dos unidades de HADO, la del Hospital Virxen da Xunqueira en Cee y la del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

En el año 2019 la Consellería de Sanidade estableció el “Plan Galego de Hospitalización a Domicilio. Estratexia HADO 2019-2023” con el claro objetivo de potenciar y consolidar este modelo asistencial. En este plan estratégico se define la relación de HADO en los centros residenciales tal y como se detalla a continuación:

CENTROS RESIDENCIALES CON EQUIPO MÉDICO Y DE ENFERMERÍA

Si el médico de la residencia considera que un usuario requiere de ingreso hospitalario, podrá contactar con la Unidad de Coordinación o con la Unidad de Valoración del Servicio de HADO para solicitar su intervención.

No es precisa la cobertura de 24 horas por médico/enfermería de la residencia. En caso de que tras la valoración clínica oportuna se decida realizar un ingreso en la modalidad de HADO, el médico de la residencia y el médico correspondiente de HADO serán responsables de la gestión compartida en la atención al paciente.

El personal de enfermería de la residencia deberá valorar diariamente y hacerse cargo durante su horario del manejo que se le solicite de las vías intravenosa y subcutánea, así como de las curas. Si enfermería no dispone de cobertura las 24 horas debe de haber personal auxiliar que sea capaz de atender, supervisar y colaborar en la administración de medicación oral, inhalada, nebulizada o transdérmica. Esta colaboración cuenta con la disponibilidad permanente de HADO (en su horario de cobertura) o la del 061 para la resolución de todas las vicisitudes que puedan presentarse y para proporcionar la supervisión que se considere necesaria.

Es indiferente que la titularidad del centro sea pública o privada, aunque si el aseguramiento del paciente no corresponde a la Seguridad Social, la entidad aseguradora deberá dar su conformidad para la asistencia por HADO.

CRITERIOS PARA SOLICITUD DE VALORACIÓN DE HADO

- La solicitud de valoración la realizará el médico responsable del paciente. Previamente deberá haber informado al paciente o a su tutor legal de la posibilidad de valoración y, si procede, de ingreso en la modalidad de HADO.
- Pacientes con criterios de ingreso hospitalario, con estabilidad clínica y con patología subsidiaria de HADO (no patología aguda traumatológica, quirúrgica o psiquiátrica descompensada).
- Residencias en zona de cobertura de HADO. Actualmente municipios de A Coruña, Culleredo, Cambre, Arteixo y Oleiros.

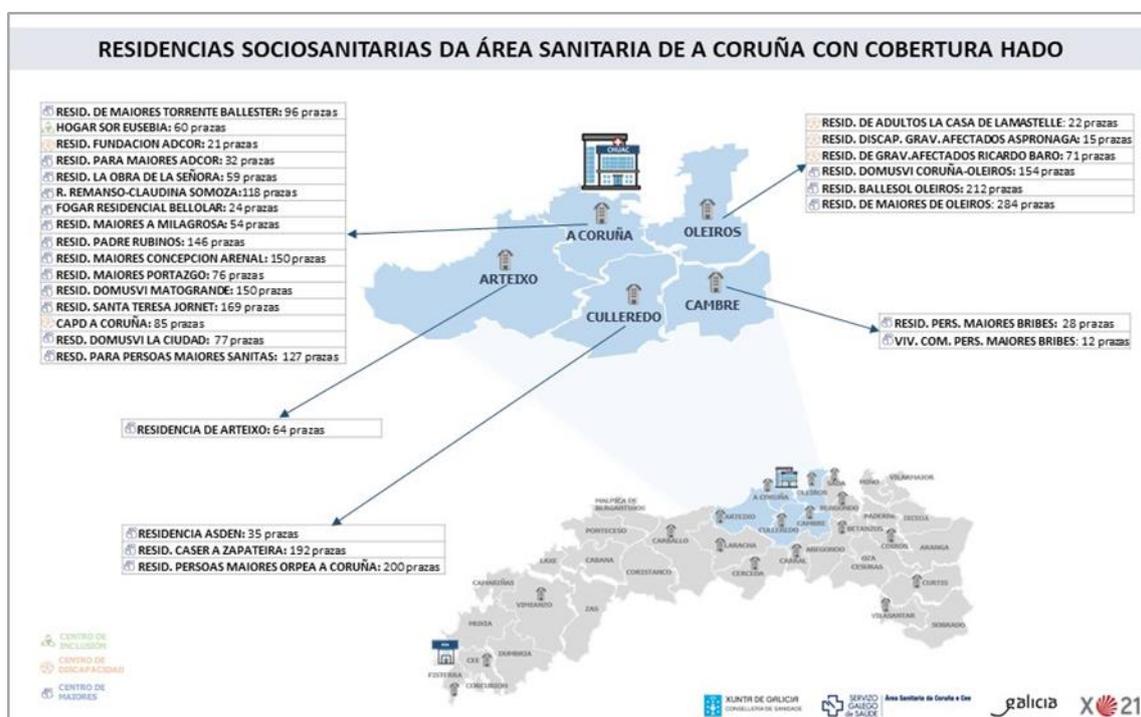


Figura 6. Mapa de centros residenciales de HADO con cobertura HADO

(Fuente: Elaboración propia)

Motivos de ingreso en HADO:

- Patología infecciosa aguda: infecciones del tracto urinario, de piel y partes blandas, respiratorias.
- Patología crónica descompensada: EPOC, insuficiencia cardíaca, hepatopatía.
- Pacientes en cuidados paliativos de últimos días o sintomatología refractaria.
- Procedimientos: paracentesis, toracocentesis, soporte hemoterápico, curas complejas.

PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD Y VALORACIÓN

El médico de la residencia es el responsable de solicitar la valoración de HADO y contactará telefónicamente en horario de 8 a 18 horas, de lunes a viernes.

Desde la Unidad de Coordinación/ Valoración de HADO se responderá a la consulta mediante:

- Resolución telefónica.
- Concertando visita de valoración. Se realizará a la mayor brevedad posible (24-48 horas)
- Decisión de remisión al Servicio de Urgencias del hospital para evaluación.

La valoración por el médico/enfermería de HADO se debe realizar preferiblemente de forma conjunta con el equipo sanitario de la residencia. Si después de la valoración médica se considera indicado el ingreso en la modalidad de HADO, se generará el episodio correspondiente en la historia clínica del paciente, pasando a constar oficialmente ingresado en el hospital.

CENTROS RESIDENCIALES SIN EQUIPO SANITARIO

En los Centros Residenciales sin equipo sanitario propio, pero en municipios con cobertura de HADO (A Coruña, Culleredo, Cambre, Arteixo, Oleiros), el facultativo de atención primaria, después de valorar presencialmente al usuario, podrá solicitar la VALORACIÓN de HADO. Se deberán cumplir los mismos criterios que los indicados para residencias con equipo sanitario y es de obligado cumplimiento que exista un cuidador dispuesto a colaborar y asumir los cuidados necesarios del paciente.

4.3. PSIQUIATRÍA

El objetivo del programa de Salud Mental en usuarios de residencias es canalizar y coordinar el centro residencial con la Unidad de Salud Mental, así como intervenir de forma remota en los casos que así proceda. Dentro de esta filosofía multidisciplinar, un objetivo del programa de atención en Salud Mental a usuarios de residencias será acercar la asistencia psiquiátrica a estos pacientes, que habitualmente disponen de una menor capacidad y medios para acceder a los dispositivos de Salud Mental ambulatorios. Para ello, entendemos que la comunicación cercana y fluida, así como la formación de los profesionales de las residencias en la identificación y manejo de usuarios con síntomas neuropsiquiátricos o trastorno mental, resultan imprescindibles para adecuar las demandas a los recursos disponibles y mejorar su asistencia global.

Actualmente, la unidad está conformada por dos Facultativos Especialistas en Área de Psiquiatría y dos Enfermeras Especialistas en Salud Mental. De esta forma, se configuran dos equipos compuestos por un psiquiatra y una enfermera en cada caso.

4.3.1. CARTERA DE SERVICIOS

Las siguientes tareas forman parte de las competencias del programa:

1. Coordinación con los centros residenciales a través de la figura de gestor de casos.
2. Asistencia psiquiátrica presencial y/o remota según lo descrito a continuación:
 - A. Revisión de historial clínico en IANUS.
 - B. Resolución de interconsultas remotas.
 - C. Evaluación psicopatológica durante las interconsultas presenciales.
 - D. Solicitud de pruebas complementarias pertinentes.
 - E. Filiación diagnóstica.
 - F. Diseño de un plan terapéutico individualizado.
 - G. Clasificación del tipo de seguimiento: activo vs pasivo.
 - H. Monitorización evolutiva de usuarios en seguimiento activo.
 - I. Registro de información, seguimiento y actuaciones clínicas en IANUS.
 - J. Gestión de altas del programa y/o derivaciones a otros dispositivos asistenciales.
3. Coordinación y colaboración con el grupo interdisciplinar organizado por la Unidad de Coordinación y Apoyo asistencial a Residencias, así como con diferentes dispositivos del propio Servicio de Psiquiatría y otras unidades del SERGAS.
4. Información, asesoramiento y apoyo a profesionales, cuidadores y familiares.
5. Formación de profesionales de residencias.
6. Adaptación progresiva del programa a las necesidades asistenciales.
7. Desarrollo de subprogramas específicos.
8. Registro de actividad asistencial en aplicativo CLINICA.
9. Registro de datos clínicos en aplicativo SIMON.

Proyecto en desarrollo de: “Grupo de entrenamiento en técnicas de relajación en dispositivos sociosanitarios”.

4.3.2. MODALIDADES ASISTENCIALES

La atención psiquiátrica se diferenciará en dos modalidades asistenciales: presencial y remota. En base a ello, se definen dos tipos de prestación en función de las características de cada residencia: completa o parcial.

Prestación completa:

El criterio que se sigue para la inclusión en esta modalidad, es que el centro disponga de personal sanitario propio y suficiente (equipo médico y/o de enfermería), que permita coordinarse con el programa de forma eficaz y con garantías para el abordaje integral de los usuarios. La prestación completa supone la provisión de atención psiquiátrica tanto presencial como remota por parte del programa. La incorporación o pérdida (indefinida y sin reposición) de personal sanitario a la plantilla de una residencia de mayores o discapacidad, supondrá la modificación del tipo de prestación ofertada a dicho centro.

Por otro lado, el perfil de usuarios de los centros de inclusión social, se diferencia significativamente del de residencias de mayores y discapacidad.

Consideramos que el complejo contexto psicosocial y la preponderancia de patología psiquiátrica en esta población, además de su juventud, mayor autonomía, pero sobretodo, la ausencia de comorbilidades médicas de importancia, permiten garantizar la calidad de la prestación completa, aún en ausencia de personal sanitario en plantilla. Sin embargo, corresponderá a los profesionales del centro disponibles asumir las funciones de supervisión y coordinación equivalentes.

Prestación parcial:

El criterio que se sigue para la inclusión en esta modalidad es que el centro carezca de personal sanitario propio y suficiente (equipo médico y/o de enfermería). La cantidad de centros de este perfil, su reducido número de plazas y su gran dispersión geográfica limitan la eficiencia de la atención presencial regular, pues supondría extender demasiado la cadencia de las visitas a las residencias de mayor tamaño. Además, la dependencia y comorbilidades médicas de estos usuarios suele ser mayor que en los centros de inclusión, por lo que la ausencia de personal sanitario podría comprometer la calidad de una asistencia psiquiátrica exclusivamente remota. En este contexto, consideramos que estos centros exigen un tipo de metodología diferente y mixta. La prestación parcial supone la provisión de atención psiquiátrica remota por parte del programa, y en caso de estar indicado, el seguimiento presencial de estos usuarios deberá realizarse en la Unidad de Salud Mental (USM) correspondiente. Las funciones del programa serán preferentemente de canalización asistencial y coordinación entre el centro y la USM, pero se reserva la posibilidad de realizar ajustes de tratamiento puntuales en casos en los que no sea necesaria la valoración presencial del usuario.

Metodología asistencial.

El abordaje de los pacientes institucionalizados requiere de un enfoque multidisciplinar, por lo que desde el programa se promoverá la colaboración y coordinación con el personal sanitario

de referencia para los usuarios, especialmente en aquellos con perfil psicogeriátrico de la categoría 5.4.

Para realizar cualquier tipo de intervención, será imprescindible que desde la residencia se aporte información clínica suficiente sobre el paciente, la pauta de tratamiento farmacológico actualizado y las escalas de valoración cognitiva y funcional fechadas más recientes.

Metodología de la atención presencial:

Cada centro residencial designará una persona de referencia para optimizar la coordinación con el programa (gestor de casos). El gestor de casos será el encargado de confeccionar las listas de trabajo y de servir de enlace entre el programa y el centro.

Se recomienda que la elección del gestor de casos tenga en cuenta el conocimiento clínico sobre los usuarios, y a ser posible, que sea el propio médico de la residencia. En caso de no disponer de facultativo propio, otras opciones podrían ser enfermería o la persona con mayor formación clínica disponible.

Es necesario que cada residencia facilite un número de teléfono y una dirección de correo electrónico para mantener una comunicación fluida. Desde el programa se ha habilitado un correo electrónico corporativo para optimizar la gestión de los casos según la siguiente metodología:

El gestor de casos elaborará una lista de trabajo con aquellos usuarios que requieran valoración psiquiátrica presencial durante las visitas al centro. Para garantizar una atención adecuada, se recomienda que la lista de trabajo no supere los 6 – 8 pacientes por visita.

Metodología de la atención remota:

Debido a la situación sanitaria global de los últimos meses, se potenciará de forma progresiva la coordinación remota con el gestor de casos de cada residencia, para la resolución de situaciones clínicas que no requieran de valoración presencial. La atención a distancia se podrá llevar a cabo por dos vías de comunicación (teléfono y correo electrónico corporativo) según la situación lo requiera. Esta forma de asistencia se reserva para tareas de coordinación, interconsultas remotas a demanda de la residencia y seguimiento activo de pacientes.

Atención psiquiátrica urgente

En casos de usuarios descompensados de elevada complejidad, se podrá realizar un seguimiento remoto activo e intensivo, con el objetivo de minimizar la necesidad de hospitalización psiquiátrica. Además, se evaluará la viabilidad de adaptar la frecuencia de las revisiones presenciales según la disponibilidad asistencial.

Cuando el manejo clínico de un cuadro de descompensación psicopatológica aguda supere la capacidad de la residencia para realizar adecuadamente los cuidados del usuario, se valorará la posibilidad de ingreso en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Hospital Marítimo de Oza (UHP), para filiación diagnóstica y/o estabilización clínica.

Se fomentarán los ingresos en UHP de forma programada y directa desde la residencia a la unidad, procurando en la medida de lo posible evitar el habitual e innecesario paso previo por el Servicio de Urgencias Hospitalarias. De esta manera, se optimiza la eficiencia sanitaria y la comodidad de pacientes y familias. El protocolo de ingreso se individualizará teniendo en cuenta factores como la disponibilidad de cama en UHP, la situación clínica del paciente y el contexto sanitario en ese momento.

En el supuesto de que la evolución clínica del paciente no permita la programación anticipada del ingreso, no exista previsión de cama en un plazo razonable o se sospeche patología orgánica intercurrente, se considerará la derivación al Servicio de Urgencias del Hospital de A Coruña, como paso intermedio para la valoración urgente y/o ingreso en UHP en caso de estar indicado.

4.3.3. DOCENCIA

-Formación a Enfermeros Interno Residentes en Salud Mental del Área sanitaria de A Coruña, rotación incluida en su programa formativo con una duración de 15días.

-Formación a estudiantes de medicina del Área Sanitaria de A Coruña, que rotan por nuestra unidad durante 1 semana en su último año de carrera universitaria.

- Formación a otros profesionales, de diferentes especialidades sanitarias (EIR, FIR...), que solicitan de forma específica rotar por la Unidad de Coordinación y Apoyo Asistencial a Residencias del Área Sanitaria de A Coruña y Cee.

A partir de octubre de 2022, se iniciará la formación a Médicos Interno Residentes en la especialidad de Psiquiatría del Área Sanitaria de A Coruña, que rotarán durante 1 mes.

4.4. UNIDAD DE NUTRICIÓN

La Unidad de Nutrición Clínica y Dietética forma parte del Servicio de Endocrinología y Nutrición del CHUAC. EL objetivo de esta unidad en el ámbito de los centros sociosanitarios es detectar la desnutrición y el riesgo de la misma, diagnosticarla y establecer un plan nutricional adecuado a la situación, circunstancias y pronóstico. Además, pretende minimizar las complicaciones derivadas de la disfagia orofaríngea (desnutrición, deshidratación y aspiración).

4.4.1. CARTERA DE SERVICIOS

- Recomendaciones de dietoterapia y específicas para disfagia orofaríngea.
 - Herramientas para realizar e interpretar el cribado de desnutrición
 - Valoración del estado nutricional.
 - Prescripción de la nutrición enteral y parenteral.
 - Consulta externa para aquellos pacientes con soporte nutricional ambulatorio que se benefician de una valoración presencial o seguimiento estrecho.
 - E-consultas de Nutrición con Atención Primaria.
- Información y educación nutricional a profesionales: tipos de sondas, cuidados de enfermería, resolución de las complicaciones asociadas al tratamiento nutricional, test de disfagia...
- Información y educación nutricional a pacientes y familias.

4.4.2. PROCEDIMIENTO DE INTERCONSULTA

El procedimiento de interconsulta a la Unidad de Nutrición es aplicable para aquellos centros sociosanitarios en los que la atención directa a los usuarios sea realizada por personal médico o de Enfermería. En caso contrario, debe ser el médico de Atención Primaria correspondiente el que realice la derivación si lo considera oportuno mediante e-Consulta.

Para la realización de la interconsulta, el centro sociosanitario será el encargado de realizar el cribado nutricional, cumplimentará una nota clínica (checklist) de interconsulta que enviará vía correo electrónico a la Unidad de Nutrición.

La Unidad de Nutrición se encargará de realizar un informe con una valoración y diagnóstico, además de establecer un plan nutricional y previsión de revisión o reevaluación que se escribirá en IANUS en el episodio correspondiente al centro sociosanitario. El informe también se enviará por correo a aquellos centros que no dispongan de acceso a IANUS. El plazo de contestación será menos una semana. En caso de necesidad de atención en un plazo menor, se podrá contactar con la Unidad por teléfono.

4.5. FARMACIA

Se incluye dentro del equipo interdisciplinar de la Unidad de Coordinación y Apoyo Asistencial a Residencias, una farmacéutica de referencia para coordinar la prestación de farmacia hospitalaria y a los farmacéuticos de referencia de los 16 centros con farmacia hospitalaria.

4.5.1. CARTERA DE SERVICIOS

1. Establecimiento de un sistema de gestión farmacoterapéutica basado en la evaluación y selección de medicamentos y productos nutricionales teniendo en cuenta las necesidades de los pacientes y el nivel asistencial de los centros.
 - Desarrollo de una guía farmacoterapéutica que contemple las necesidades de los pacientes, teniendo en cuenta los posibles criterios de prescripción de las entidades sanitarias.
 - Establecimiento de protocolos de intercambio terapéutico, tratamiento y seguimiento de pacientes con una patología y/o tratamiento determinado.
 - Incorporación de sistemas de prescripción electrónica (SILICON) que permiten disponer del perfil de medicamentos que recibe cada paciente.
 - Incorporar criterios de gestión farmacoeconómicos en línea con el conjunto del área sanitaria.
2. Desarrollo de un sistema de dispensación en dosis unitaria individualizada que optimice los procesos de dispensación y administración de medicamentos.
3. Integración del farmacéutico especialista en el equipo multidisciplinar.
 - Promover y participar en iniciativas sobre coordinación e integración entre niveles asistenciales.
 - Desarrollo de un programa de calidad para minimizar los errores de medicación y mejorar los procesos relacionados con el uso de medicamentos.
4. Valoración integral del paciente: atención farmacéutica, revisión continua y periódica de los tratamientos atendiendo al plan de cuidados avanzados del paciente.
 - Conciliación de la medicación al ingreso y entre transiciones asistenciales
 - Intercambio terapéutico y suspensión de medicamentos de baja utilidad terapéutica
 - Seguimiento individualizado de los pacientes
5. Desarrollo de programas de intervención o seguimiento de pacientes con elevado impacto sanitario y/o económico
 - Acceso a determinados medicamentos con gestiones especiales: medicamentos de uso hospitalario, medicamentos extranjeros, medicamentos de homologación sanitaria
 - Programa de farmacocinética clínica e individualización posológica
 - Coordinación con la Unidad de Nutrición para llevar a cabo la valoración nutricional y racionalización de la utilización de preparados nutricionales
6. Integración de los sistemas de información

- Aplicación de las tecnologías de la información y la comunicación (TICs) en el intercambio de la información y mejora de la comunicación entre profesionales de distintos niveles asistenciales

7. Formación, Docencia e Investigación

- Colaborar en desarrollo de líneas de formación en aspectos relacionados con la farmacoterapia de los pacientes crónicos
- Promover la investigación en pacientes crónicos
- Impartir docencia pre y postgrado a los alumnos y/o residentes a través de diversas actividades formativas.

4.6. TRABAJO SOCIAL

El programa incluye la intervención en los centros sociosanitarios en el ámbito de mayores, discapacidad e inclusión social del Área Sanitaria de A Coruña.

Se divide en tres grandes bloques:

- Centros residenciales de mayores y Salud Mental.
- Centros de discapacidad e inclusión social
- Programa transversal de atención a personas hospitalizadas procedentes de centros o entidades sociales, con especial atención a la UCC de referencia.

4.6.1. CARTERA DE SERVICIOS

1. Trabajo Social de Enlace, entre Trabajo Social de los centros residenciales y el sistema de salud:

- Actuar como interlocutores y soporte a los profesionales de trabajo social de los centros residenciales para resolver problemas de pacientes ingresados, altas hospitalarias consultas o tratamientos ambulatorios etc.
- Coordinación sociosanitaria para la atención a las personas que ingresen en el hospital y específicamente, en la UCC.
- Apoyo en la gestión de valoración de dependencia con cada trabajador/a social de referencia.

2. Consultoría y apoyo a profesionales de las entidades en el abordaje de casos sociosanitarios

- Asesoramiento sobre uso adecuado de servicios de salud, así como su canalización a servicios o recursos específicos
- Asesoramiento sobre abordaje de casos con problemas de autonomía decisoria, a nivel de medidas cautelares, comunicación a Fiscalía, etc.
- Apoyo en el abordaje de situaciones de conflicto entre familiares/pacientes y profesionales/entidades relacionado con temas sociosanitarios.

3. Gestión de caso sociosanitario complejo

- Gestión coordinada de pacientes sociosanitarios complejos desde la perspectiva psicosocial, teniendo en cuenta el sistema sanitario, sistema de bienestar, ámbito comunitario (SSSS) y jurídico.
- Recabar informes necesarios que sustenten la gestión del recurso o abordaje adecuado
- Apoyo en la adecuada ubicación de las personas residentes según sus necesidades (centros de discapacidad, salud mental, desinstitucionalización...)

4. Planificación de decisiones anticipadas: Instrucciones previas

- Información, orientación y asesoramiento a personas residentes y/o familiares sobre Instrucciones Previas (objeto, contenido, trámite, finalidad).
- Gestión del Documento de Instrucciones Previas (Oficina Habilitada Registro)

5. Formación específica de profesionales sociosanitarios con especial atención a Trabajo Social sobre aspectos sociosanitarios, tales como:

-Instrucciones previas (objeto, contenido, trámite, finalidad) para que sean a su vez informadoras en los centros residenciales.

-Ley de eutanasia (información sobre contenido y procedimiento), teniendo en cuenta la necesidad de información de recursos sociales y medios accesibles en cada caso.

-Atención sociosanitaria centrada en la persona (proyecto de vida, perspectiva subjetiva y participación de las personas en sus proyectos de cuidados, relaciones interpersonales, derechos y sexualidad, no sujeción).

-Final de vida (entrevistas difíciles, malas noticias, llamadas de despedida, llamadas de atención al duelo...)

-Cuidado de los profesionales y prevención del estrés.

6. Atención psicológica y apoyo emocional a personas con procesos de enfermedad avanzada (PEA) en colaboración con el programa de conveniado con Cruz Roja La Caixa. Dirigido tanto a la atención en la etapa final de vida de las personas residentes en centros sociosanitarios, como a sus familiares.

7. Asesoramiento y apoyo especializado en situaciones que planteen conflictos éticos referidos a cuidados o ámbito relacional.

8. Participar en el Programa de formación continua dirigida a profesionales de los centros sociosanitarios, aportando en contenido de la esfera de competencia del trabajo social sanitario.

5. PAGINA WEB

Con el Objetivo de facilitar a los profesionales de las residencias el acceso informático a la información correspondiente de la Unidad de Coordinación se crea un [apartado web](#) dentro de la Extranet del Área Sanitaria de a Coruña e CEE .



Figura 7. Página inicial de la página web de la Unidad de Coordinación

En la web se tiene acceso a los documentos necesarios para el desarrollo de la coordinación sanitaria del Área Sanitaria de A Coruña e Cee con los centros residenciales. Se recogen los objetivos y guía informativa de la Unidad, los objetivos y cartera de servicio/proyectos asistenciales de los diferentes miembros del equipo asistencial. También se incluye un apartado con otros protocolos y procedimientos asistenciales y un lugar destinado para colgar recursos bibliográficos. De especial interés es el apartado de formación en el que los profesionales de las residencias pueden acceder a documentos gráficos y visuales de las actividades formativas (acreditadas/certificadas) organizadas desde la unidad de coordinación y en colaboración con la Consellería de Política Social.

6. BIBLIOGRAFÍA

-Plan Gallego de Hospitalización a Domicilio. Estrategia HADO 2019 –2023, Xunta de Galicia, Consellería de Sanidad, Servicio Gallego de Salud. Disponible en: [\[Internet\]](#)

-Protocolo conxunto da Consellería de Sanidade e da Consellería de Política Social para a etapa de transición na crise sanitaria provocada polo virus SARS CoV-2 (COVID-19) nas residencias de maiores e noutros centros sociosanitarios. Disponible en: [\[Internet\]](#)