



SEC- PRIMARIA

Comunicación/relación entre Atención Primaria y Cardiología

**La integración asistencial entre Atención Primaria
y Atención Especializada en Cardiología**

25 de abril de 2017

SEC-PRIMARIA. Manual de Comunicación

Copyright @Sociedad Española de Cardiología.

Reservados todos los derechos. El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido, ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por ningún medio, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

Comité SEC-AP-Comunicación

Comité SEC-AP-Hipercolesterolemia Familiar:

- **Coordinador SEC- Primaria:** Rafael Hidalgo Urbano. Hospital Virgen de la Macarena. Sevilla
- **Coordinadora del Proceso:** Marisol Bravo Amaro. Hospital do Meixoeiro
- **Miembros del grupo de trabajo:**
 - Fco. Javier Borrás Pérez. Hospital Santa Cruz y San Pablo
 - Mar Domingo Teixidor.
 - Román Freixa Pamias. Hospital Sant Joan Despí Moisés Broggi
 - José Luis Llisterri Caro. Centro de Salud Ingeniero Joaquin Nemlloch
 - Dra. Nekane Murga Eizagaechearría. Hospital Universitario de Basurto
 - Juan Carlos Obaya Rebollar. Centro de Salud la Chopera. Alcobendas. Madrid.
Coordinador Atención Primaria
- **Presidente de la SEC:** Andrés Íñiguez Romo.

Índice

Introducción:	5
Formas de comunicación entre Atención Primaria y Cardiología:	6
1. Comunicación estructurada:.....	6
1.1. Correo electrónico:	6
1.2. Telecardiología:	7
1.3. Visitas periódicas del cardiólogo al centro de salud:	8
1.4. Visitas periódicas médico de Atención Primaria a Cardiología:	9
1.5. Programa Pre-alta:.....	10
1.6. Programa Post-Alta:.....	12
1.7. Incorporación de una aplicación informática para móvil compartida A. Primaria-Cardio: ...	13
1.8. Incorporación de un software con entorno común electrónico para A.Primaria-Cardiología:	13
2. Comunicación Puntual:.....	14
2.1. Mailing:	14
2.2. Comunicación telefónica:.....	14

Introducción:

El principal objetivo de la Atención Especializada (AE) Cardiológica es garantizar que los pacientes que están en su área de influencia reciban la mejor atención cardiológica posible. Por un principio de equidad esto solo se puede realizar con una excelente integración con la Atención Primaria (AP) correspondiente, que es quien atiende en primera instancia a la población, y quien será además la receptora de los pacientes una vez solucionado u orientado el problema agudo cardiológico. Las mejoras sanitarias con clara reducción de la mortalidad de las enfermedades cardiológicas y el envejecimiento progresivo han creado una población cardiópata de edad elevada y con enfermedades crónicas, donde la atención cardiológica es limitada, y donde problemas de gestión de pacientes como sobrecarga de agendas, derivaciones de baja calidad o listas de espera excesivas se traducirán en problemas de manejo de la cardiopatía subyacente. De todas formas, los riesgos más importantes están en las transiciones, sean desde la AE a la AP, por ejemplo en las altas hospitalarias o de urgencias, o bien desde AP a AE, con las derivaciones a especialista. Es en estas transiciones donde se debe conseguir la máxima integración.

Para conseguir una integración adecuada entre niveles asistenciales, esta debe hacerse sobre 3 ejes diferentes. El primero es el pacto entre profesionales, basado en los conocimientos médicos de la enfermedad y definiendo el papel que cada actor juega en la asistencia de calidad. Son el conjunto de protocolos, guías clínicas y rutas asistenciales que deben consensuar entre los profesionales. El segundo elemento, es el soporte informático a la transmisión de la información (derivaciones e informes) y a la gestión de pacientes (programación de visitas y pruebas complementarias). El último elemento es el acuerdo gerencial, es decir: quién paga qué, en la integración (por ejemplo qué pruebas complementarias van a cargo de AP y cuáles de AE). Aunque el pagador último, en sanidad pública, pueda ser el mismo, es posible que las cuentas de resultados tengan gerentes diferenciados y por lo tanto sea preciso un acuerdo gerencial para soportar los pactos entre los profesionales.

En las siguientes páginas se describen algunos modelos de integración entre AE y AP, tal y como se han desarrollado con éxito en diferentes escenarios de la cardiología española. Utilizar uno u otro depende del grado de desarrollo de cada uno de los ejes de integración comentados. Cuanto más perfeccionada esté la integración en los tres ejes: profesionales,

Sistemas de Información y acuerdo gerencial, mejor y con menos riesgo será la transición entre niveles asistenciales. No se puede afirmar qué modelo es mejor que otro porque dependerá mucho de las circunstancias locales. No es lo mismo si la Historia Clínica Electrónica es común para AP y AE, o si ésta es diferente. De la misma manera, el modelo de integración será diferente si el acuerdo gerencial permite solicitar ecocardiografías y ergometrías a AP, o éstas solo pueden ser indicadas por AE. Y de la misma manera la integración puede necesitar un modelo diferente si se está realizando en una ciudad donde las distancias entre AP y AE son reducidas permitiendo el contacto directo con profesionales, que en un medio rural donde las distancias geográficas son mayores. Por esta razón en las siguientes páginas se describen diferentes modelos para que el lector los conozca y pueda valorar cuál de ellos puede ajustarse mejor a su realidad asistencial.

Formas de comunicación entre Atención Primaria y Cardiología:

En función de los recursos existentes en cada área sanitaria, se podrían escoger entre diferentes modelos de comunicación.

1. Comunicación estructurada
2. Comunicación puntual

A su vez, en cada una de ellas vamos a disponer de diferentes formas de comunicarnos, con estructuras más o menos complejas y a la vez, con objetivos más o menos ambiciosos.

1. Comunicación estructurada:

1.1. Correo electrónico:

Tanto si es dirección Atención primaria (AP) a Cardiología, o viceversa se realiza a través del correo electrónico corporativo del sistema de salud.

- Requisitos:
 - Médico de AP
 - Cardiólogo.
 - Correo electrónico corporativo, con los nombres de cardiólogos y médico de A.P disponibles con los cuales poder contactar fácilmente.
 - Manejo de la información médica con cautela, no violando la ley de protección de datos.

- Ventajas:
 - Fácil aplicación.

- Inconvenientes:
 - Requiere de un tiempo de dedicación a la lectura y respuesta de los mail tanto por parte de AP, como de cardiología.

1.2. Telecardiología:

El motivo de consulta emitido por AP es remitido de forma telemática al cardiólogo, con ECG escaneado, en un entorno de historia clínica electrónica compartida, pudiendo elaborar (de forma telemática y sin la presencia del paciente), una estrategia terapéutica; ocasionalmente se trata de consultas puntuales, como por ejemplo, si hay o no indicación para anticoagular a un paciente, que ya había sido estudiado, o consultas de alteraciones ECG, o modificaciones terapéuticas, o compartir el resultado de una prueba. En estos casos en un alto porcentaje se puede resolver la consulta de AP sin que el paciente tenga que acudir a la consulta del cardiólogo. Existe una gestora de casos (en nuestro caso, administrativa) que distribuye las tele-cardiologías recibidas desde A.P a todos los cardiólogos del servicio (existen varios modelos posibles: que todas las telecardios se distribuyan a todo el servicio y unidades o bien, destinar a un cardiólogo a este cometido). El cardiólogo recibe cada mañana en su mail corporativo el número de historia de la telecardiología de ese día. En la historia clínica electrónica se dispone de: ECG escaneados, otras pruebas complementarias como: ecocardiogramas, ergometrías, cateterismos o ACTP previas, holter, revisiones de dispositivos de estimulación cardíaca, informes médicos de hospitalizaciones o asistencias en urgencias, cursos clínicos de otras especialidades, analíticas, endoscopias, pruebas radiológicas, fármacos prescritos al paciente, cuáles y cuántos está recogiendo en la farmacia (medición indirecta de su adherencia terapéutica) y un largo etc. Esta historia clínica es compartida entre A. Primaria-Especializada, visible y accesible desde cualquier centro de la red sanitaria de la Comunidad Autónoma de Galicia. Existe una carpeta en la historia clínica del paciente destinada a que el médico de cabecera pueda describir: antecedentes personales relevantes y motivo de consulta. El cardiólogo contesta en el curso clínico correspondiente al apartado de “consulta de cardiología”, en base al motivo de consulta de A primaria, información recabada de la historia clínica, ECG escaneado reciente y otras pruebas diagnósticas disponibles. Los posibles destinos de esta tele-respuesta son:

- Consejo médico solicitado con resolución del problema (alta no presencial).

- Citación del paciente en consulta presencial pero ya con las pruebas dirigidas al problema médico específico y con la preferencia adecuada en cada caso, facilitando así adecuación a la prioridad necesaria y la alta resolución.

El médico de A.P puede ver este comentario escrito por el cardiólogo en dicha “carpeta electrónica” y dar la respuesta correspondiente al paciente, que habrá citado días más tarde, a su vez.

- Requisitos:
 - Médico de AP
 - Cardiólogo
 - Historia clínica electrónica compartida por AP y cardiología con posibilidad para visualización de ECG escaneados, analíticas, Radiografías y otras pruebas como: ecocardiogramas, ergometrías, holter, cateterismo cardiaco, TAC, spect miocárdico, etc.....visibles tanto por AP como por cardiología, así como las hospitalizaciones, asistencias a urgencias y los cursos clínicos de A. Primaria.
- Ventajas:
 - La información circula de forma bidireccional, con el consiguiente componente formativo en ambos sentidos.
 - Se evita desplazamientos innecesarios al paciente.
 - Menos costes sin menoscabo en la seguridad del paciente.
 - Información completa a través de historia clínica.
- Inconvenientes:
 - Si la información no es completa desde AP se pierde eficiencia.
 - Requiere de historia clínica electrónica, no existente en todas las áreas sanitarias.

Complemento a la Telecardiología:

Se puede buscar el modo de dejarnos notas al margen, entre cardiología y AP que no sea visible por parte del paciente en caso de imprimirle un informe o nota clínica, del tipo “paciente mal cumplidor”, o deseable repetir más a menudo la analítica, etc....

1.3. Visitas periódicas del cardiólogo al centro de salud:

Visita con una cadencia predeterminada: semanal, quincenal, mensual. En dicha visita, se puede plantear una comunicación, ya sea a través de resolución de dudas o planteamiento de casos clínicos concretos a modo de sesión clínica de todos los médicos de AP al cardiólogo.

Además se puede reforzar algún aspecto concreto formativo a demanda y disposición de A.P, si se requiere.

En algunos modelos organizativos el cardiólogo referente se desplaza semanalmente al propio centro de atención primaria para realizar presencialmente las primeras visitas y visitas sucesivas de cardiología. En cada jornada se dispone de tiempo específico para atender dudas de casos clínicos puntuales de los médicos de AP. En algunas ocasiones seleccionadas se puede atender al paciente contando con la presencia del médico de AP y del cardiólogo referente para acordar conjuntamente la estrategia a seguir.

- **Requisitos:**
 - Médico de AP
 - Cardiólogo, quien ha de desplazarse al centro de salud

- **Ventajas:**
 - La información circula de forma bidireccional, y presencial en ambos sentidos de forma inmediata.
 - El aspecto formativo dirigido a problemas concretos es más eficaz.
 - Se evita desplazamientos innecesarios del paciente al hospital.
 - La capacidad resolutoria en el formato comentar “caso problema” en sesión clínica, es alta, en cuanto que se pueden ver muchos casos en poco tiempo.

- **Inconvenientes:**
 - El cardiólogo ha de desplazarse de su entorno, habitualmente por medios propios a centros de salud y en algunas áreas puede suponer un conflicto (desplazamientos en vehículo propio, salida del puesto de trabajo, etc..)

1.4. Visitas periódicas médico de Atención Primaria a Cardiología:

Se establecen rotaciones de médicos de A. Primaria puntuales de 2-3 jornadas laborales a Cardiología, coordinado entre ambos servicios. La idea es que pueda rotar un médico de A. Primaria con un cardiólogo en las consultas monográficas. A lo largo de dicha consulta, se puede ver el manejo de cardiopatías prevalentes como cardiopatía isquémica crónica, fibrilación auricular o insuficiencia cardiaca, lo cual resuelve dudas de práctica clínica diaria. Asimismo, se propicia que exista un intercambio de información en sentido bidireccional respecto a necesidades que tanto A.P como los cardiólogos echamos en falta en nuestro medio, en aras de mejorar la asistencia.

- **Requisitos:**
 - Coordinación entre servicio de cardiología y Atención primaria, de orden institucional, dado que requiere el “bloqueo” de agendas o sustitución en las jornadas en que el médico de AP acude al hospital.

- **Ventajas:**
 - La información circula de forma bidireccional, y presencial en ambos sentidos de forma inmediata.
 - La presencia de médicos de A.P ante casos reales nos acerca más a la resolución de problemas o dudas que surgen de la práctica clínica diaria.

- **Inconvenientes:**
 - El médico de AP ha de ser sustituido en las jornadas en las cuales acude a la rotación en cardiología, lo cual en algunas áreas puede suponer un conflicto sobre la asistencia.

1.5. Programa Pre-alta:

Se trata de establecer una conexión entre el nivel hospitalario y A. Primaria, en un momento tan frágil como el fin de la hospitalización, coordinado a través de gestoras de casos, aplicado en pacientes con múltiple comorbilidad/enfermedades crónicas.

Como primer paso se realiza una selección de la Población diana:

- Persona frágil: persona dependiente para desarrollar las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria y / o con presencia de síndromes geriátricos.
- Personas con enfermedades crónicas que presentan episodios frecuentes de reagudización (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardiaca congestiva, hepatopatía crónica, etc.) y que necesitan un seguimiento y control en el domicilio.
- Personas que deben seguir procesos iniciados en los centros de internamiento: cuidado de heridas, fisioterapia domiciliaria, uso adecuado de ayudas (como andadores), cumplimiento terapéutico, afectadas de síndrome de inmovilidad (grandes dependientes), etc.
- Personas y / o cuidadores principales que necesitan educación sanitaria y adiestramiento en la administración y control de fármacos, manejo de técnicas sanitarias (cuidado de heridas, ostomías, sondas, drenajes u otros).
- Personas con necesidades de atención (portadoras de sonda nasogástrica, con gastrostomía endoscopia percutánea (PEG), drenajes u otros) y cuidados complejas (multi-ulceradas, posquirúrgicas, postraumáticas).
- Personas con tratamiento paliativo que necesitan un seguimiento y control de síntomas, confort y atención al duelo.

Circuito de coordinación entre niveles: la información se transmite mediante correo electrónico y / o llamada telefónica a referentes “PREALTA” de cada centro de salud.

Perfil profesional de la gestora de casos:

- Las Gestoras de Casos son enfermeras seleccionadas mediante entrevista individual, evolución profesional y formación específica.
- Están formadas para el manejo de las patologías crónicas más prevalentes y evolucionadas (PCC/MACA): Rotación con Gestoras de Casos, por Hospital de Día de Neumología, por Hospital de Día Polivalente, Unidad Hospitalización a Domicilio, Unidad de Insuficiencia Cardíaca, Medicina Interna y geriatría.
- Trabajan en el ámbito de la Atención Primaria.
- Disponen de conexión con especialistas del hospital de referencia.
- Pertenecen al Comité Experto de Pacientes Crónicos Complejos.
- Tienen la posibilidad de activar recursos sociales (CSS, etc.) si es necesario.

Intervenciones

- ✓ Realizan su actividad asistencial con los pacientes crónicos complejos, en sus domicilios, que han sido derivados desde la Atención Primaria u Hospitalaria.
 - ✓ Seguimiento de sus patologías crónicas (control constantes, analíticas, etc.).
 - ✓ Educación sanitaria de sus patologías crónicas (signos de alarma, situar a la familia y al paciente en el proceso, etc.).
 - ✓ Seguimiento de la buena adherencia al tratamiento farmacológico.
 - ✓ Colabora en la elaboración del “Plan de intervención individualizado y compartido”.
 - ✓ Realizan técnicas avanzadas (nebulizaciones, medicación parenteral, etc.).
 - ✓ Coordina y concilia las visitas a especialistas.
 - ✓ Detección de signos de alarma de descompensación de dichas patologías crónicas.
 - ✓ Coordinación con el médico de familia para la resolución de las exacerbaciones.
 - ✓ Coordinación con especialistas del hospital de referencia para intensificar intervenciones que han fracasado previamente en atención primaria o que la exacerbación está demasiado evolucionada para mantener al paciente en domicilio.
- Requisitos:

- Disponer de un sistema integrado con comunicación telemática en el momento en el cual se prevé el alta de un paciente que cumple los criterios de entrada (fragilidad, comorbilidad, etc..).
 - Disponer de los profesionales con el perfil “gestor de casos” para hacer el plan de acogida.
 - Disponer de la accesibilidad y disponibilidad de los servicios de atención hospitalaria para responder con rapidez ante una eventual descompensación, y desplegar medidas “correctivas” antes de condicionar un nuevo re-ingreso (esto implica que los servicios de “salida” tiene que disponer de mecanismos en los cuales exista algún responsable que pueda atender las llamadas de las gestoras de casos.
- **Ventajas:**
- Supone un nexo de unión entre la Hospitalización y AP, con un soporte específico, capacitado para solucionar problemas concretos de los pacientes o al menos hacer como “canal” para que se solucionen.
 - En pacientes que inician descompensaciones, este sistema permite una detección y eventual corrección precoz que podría reducir los reingresos y sin duda, reducen la sensación de “desamparo” del paciente y su familia.
 - En situaciones que requieren cierto aparataje como nebulizaciones, curas complejas, etc, ya establece desde antes del alta una planificación de material, estructurada que evita carencias e improvisación.
- **Inconvenientes:**
- Requiere una infraestructura con gestoras de casos (con formación especializada al respecto), disponibilidad por parte de los servicios hospitalarios “de salida”.
 - Puede darse la circunstancia de que las gestoras de casos (enfermeras) en algún sistema de salud no tengan “privilegios informáticos” como para visualizar determinada información en la historia electrónica de los pacientes, etc.

1.6. Programa Post-Alta:

Sirve para conectar A. Primaria con Hospital de forma telemática y automática: AL ALTA de cardiología, se transmite de forma inmediata comunicación/alerta al equipo de atención primaria y en menos de 72 horas el personal de enfermería del centro de salud se pone en contacto telefónico con el paciente para darle apoyo y solución ante eventuales dudas o problemas.

- **Requisitos:**
- Sistema integrado entre A. Primaria y Especializada (se produce para cualquier alta, ya sea médica o quirúrgica, en el caso que nos ocupa: Cardiología) con

comunicación inmediata en cuanto se emite el alta hospitalaria al centro de AP, en concreto al enfermero/a responsable del paciente. Tras el alta hospitalaria, de forma inmediata y automática se genera comunicación al centro de salud correspondiente, lo cual conllevará una llamada telefónica por parte del personal de enfermería de A.P al paciente en menos de 72 horas desde el alta hospitalaria, para resolución de eventuales dudas con el tratamiento, dieta, curas de heridas, etc...

- Que el paciente tenga disponibilidad telefónica.

- Ventajas:
 - Inmediatez en la comunicación
 - Fácil de aplicar una vez desarrollada

- Inconvenientes:
 - Desarrollo del sistema de comunicación entre especializada y A.P.

1.7. Incorporación de una aplicación informática para móvil compartida A. Primaria-Cardio:

- Requisitos:
 - Médico de AP
 - Cardiólogo
 - App a construir para compartir información entre cardiólogo y AP

- Ventajas:
 - Inmediatez en la comunicación
 - Fácil de aplicar una vez desarrollada.

- Inconvenientes:
 - Desarrollo de la App
 - Precaución con la ley de protección de datos.

1.8. Incorporación de un software con entorno común electrónico para A.Primaria-Cardiología:

- Requisitos:
 - Médico de AP

- Cardiólogo.
 - Software desarrollado, en el cual se puedan compartir datos de pacientes entre AP y cardiología.
-
- Ventajas:
 - Permitiría una visualización compartida de datos de pacientes para aquellas áreas de salud que no dispongan de historia clínica electrónica compartida.

 - Inconvenientes:
 - Habría que valorar de forma exhaustiva que no se viole la ley de protección de datos, permisos por parte de la dirección de cada centro, ver que sea posible compartir ECG escaneado u otros pdf, etc.....

2. Comunicación Puntual:

2.1. Mailing:

Es la forma de comunicación más básica, que hemos de manejar con cuidado para no violar la ley de protección de datos, último recurso para aquellas áreas sanitarias carentes de logística que permitan otras formas de comunicación, o bien para una comunicación muy puntual.

2.2. Comunicación telefónica:

Apta para una comunicación puntual (a través de la secretaría de cada servicio) respecto al manejo de un paciente particular.