



EA-033 - ESTRATEGIA DE DESARROLLO E IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA MULTINIVEL DE TELEMONITORIZACIÓN EN DOMICILIO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS COMPLEJAS (TELE-COMPARTE)

Fernández Moyano¹, J. Páez Pinto², I. Vallejo Maroto¹, W. López Jimeno³, J. Alonso Urbita⁴, E. Mohedano Cascado⁵, P. Castejón Ojeda⁶ y R. Hernández Soto⁷

¹Medicina Interna; ⁶Departamento de Sistemas de Información. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla). ²UGC Atención Primaria de Bormujos, ⁷Dirección Asistencial. Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte. SAS. Sevilla. ³Salud Responde. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES). Jaén. ⁴061. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES). Sevilla. ⁵Linde HealthCare. Linde HealthCare. Madrid.

Resumen

Objetivos: Mostrar la metodología que hemos seguido para desarrollar implantar y evaluar un programa multiinstitucional, multinivel y multiprofesional de telemonitorización de pacientes con enfermedades crónicas complejas.

Material y métodos: Esta actividad asistencial (Tele-COMPARTE), es una herramienta integrada dentro del programa de atención a pacientes con enfermedades crónicas complejas (COMPARTE). El programa asistencial se ha diseñado, integrando la actividad de las siguientes instituciones: Hospital S. Juan de dios del Aljarafe, Distrito sanitario de atención primaria Aljarafe-Sevilla Norte, Salud Responde, 061 y Linde Healthcare. Han participado los siguientes perfiles profesionales: Internistas, Neumólogos, Cardiólogos, Médicos de Familia, Enfermeros de Hospital y de Atención primaria, responsables de Salud Responde y del 061 e Informáticos. Ha tenido 4 fases. 1) Establecimiento equipo de trabajo: febrero 2013 a junio 2013. Conjunción de las 5 instituciones referidas. 2) Diseño: abril 2013 a abril 2015. Se ha trabajado en red y presencialmente. Se realizó búsqueda bibliográfica apoyada con entrevistas con responsables de experiencias previas. Se han elegido los criterios de inclusión, de exclusión, variables para medir, sistemas de medición, rango de variables, elaboración de cuestionario clínico, asignación de pesos a cada uno de estas variables y sistema inteligente para estratificar riesgo Sobre un documento base, se han realizado aportaciones con metodología de "técnica de solución de problemas en grupo" y "filtrado selectivo" posterior. Para las discrepancias se ha utilizado el consenso, no requiriéndose intervención univoca del líder. 3) Implantación: Se ha desarrollado en 3 fases: Pilotaje (6 meses) en el 12% de la población, que abarcaba a 2 Unidades de Gestión clínicas, Fase I (12 meses), en el 70% de la población (3 Unidades de Gestión clínica) y Fase II y última, en el 30% de la población (3 UGC). Esta fase se ha desarrollado desde noviembre de 2016 hasta diciembre de 2017. 4) Evaluación: se ha realizado evaluación de variables sociodemográficas, de actividad, de procesos, de resultados en salud, de calidad de vida (escalas genéricas: EQ-5D, y específicas: St George para EPOC y MacNew QLMI para Insuficiencia cardiaca y de satisfacción de pacientes. Las características reseñables del programa son las siguientes: 1) Es un programa integrado en la actividad de coordinación asistencial habitual e incorpora a distintas

instituciones sanitarias. 2) Registra en domicilio del paciente, la TA, peso, frecuencia cardiaca, SaO2 y VEMS1. Estas variables, se encriptan y vía modem se envían automáticamente desde el domicilio del paciente a la central de telemonitorización 3) Si hay alerta, se estratifica y se comunica a salud responde, que a su vez y según el nivel de alerta, lo pone en agenda de avisos a domicilio del médico de familia para ese día o comunica con 061. 4) El médico o enfermero de familia aplica el plan de acción estándar.

Conclusiones: Hemos demostrado la viabilidad real de un programa de tele monitorización en domicilio, en un ámbito multiinstitucional, multinivel y multiprofesional, integrado en un programa de atención a pacientes con enfermedades crónicas complejas.