

ORIGINAL

Reuniones interdisciplinarias en Atención Primaria (AP): Experiencia organizativa en el equipo de AP para obtener resultados en salud

*Interdisciplinary meetings in Primary Care (PC):
Organizational experience in the PC team to obtain health results*

**José Antonio Rodríguez Varela¹ , Lucía Gorreto López² ,
M^a Elena Terrón Rodríguez³ , Antonia Alonso Tapia⁴**

1. Enfermero Gestor de Casos 2. Médica especialista en medicina familiar y comunitaria 3. Enfermera especialista en enfermería Familiar y comunitaria 4. Trabajadora Social Centro de Salud Coll de'n Rabassa, Palma de Mallorca

Corresponding author

José Antonio Rodríguez Varela
E-mail: joseantonio.rodriguezvarela@ibsalut.es

Received: 10 - VI - 2023

Accepted: 11 - VII - 2023

doi: 10.3306/AJHS.2023.38.06.47

Resumen

El modelo de atención centrado en la persona requiere de un enfoque integral e integrado por un equipo interdisciplinar. La intervención de todas las disciplinas permite tener un enfoque biopsicosocial de la persona y su entorno considerando todos los determinantes sociales de la salud.

Objetivos: Establecer reuniones periódicas sistematizadas para facilitar la evaluación y mejorar el proceso asistencial de un grupo concreto de pacientes, así como, la coordinación entre los diferentes profesionales y ámbitos asistenciales.

Descripción: En un equipo de AP, surge la necesidad de iniciar esta metodología en la que, médica y enfermera que cuentan con un cupo de pacientes cuyo grado de morbilidad ajustado (GMA) 4 es de 91 pacientes y 284 pacientes GMA3, de los cuales 135 se identifican como pacientes crónicos complejos (PCC) y 18 pacientes crónicos avanzados (PCA).

Con la intención de garantizar la continuidad asistencial, atención integrada y facilitar la coordinación entre niveles asistenciales, iniciamos reuniones, con periodicidad mensual, entre el equipo básico de AP, siguiendo la siguiente metodología: El equipo referente tras atención domiciliaria con valoración integral del paciente, su familia y el entorno, propone el caso y lo presenta. Con la trabajadora social y la enfermera gestora de casos comunitaria (EGCC) acordarán fecha para la reunión, en agenda programada con los casos acordados a discutir, con tiempo total de 60 minutos aproximadamente. Se describirá la situación actual del caso y los objetivos establecidos por cada profesional, con la voluntad de paciente y/o familia, sus capacidades y recursos viables. El resto de los profesionales, exponen sus intervenciones y planes de trabajo hasta el momento o establecen las posibles vías de actuación a consensuar con paciente y/o familia. La trabajadora social, si precisa, realizará coordinación con el resto de los recursos sociales. La EGCC establecerá enlace con el resto de los niveles asistenciales, así cómo, procederá a gestionar los recursos precisos. En siguiente reunión se acuerda plan de trabajo de cada profesional y esas tareas se revisarán al principio de la reunión del siguiente mes.

Resultados y conclusiones: Se consigue un abordaje integrador con mejoría de parámetros clínicos y sociales de los pacientes abordados, lo que beneficia al usuario, su familia y al equipo referente de AP.

Palabras clave: Atención Domiciliaria, gestión, cronicidad.

Abstract

The person-centered care model requires a comprehensive and integrated approach by an interdisciplinary team. The intervention of all disciplines allows for a biopsychosocial approach to the person and their environment, considering all social determinants of health.

Objectives: To establish systematic periodic meetings to facilitate the evaluation and improve the care process of a specific group of patients, as well as coordination between different professionals and care areas.

Description: In an AP team, there is a need to initiate this methodology in which a doctor and a nurse who have a quota of patients whose adjusted morbidity degree (GMA) 4 is 91 patients and 284 GMA3 patients, of which 135 are identified as complex chronic patients (PCC) and 18 advanced chronic patients (PCA). With the intention of guaranteeing continuity of care, integrated care and facilitating coordination between care levels, we started meetings, on a monthly basis, between the basic AP team, following the following methodology: The reference team after home care with comprehensive assessment of the patient, their family and environment, proposes the case and presents it. With the social worker and the community case manager nurse (EGCC), they will agree on a date for the meeting, on an agenda scheduled with the cases agreed to be discussed, with a total time of approximately 60 minutes. The current situation of the case will be described, and the objectives established by each professional, with the patient's and/or family's willingness, their capacities and viable resources. The rest of the professionals expose their interventions and work plans up to that moment or establish the possible courses of action to be agreed with the patient and/or family. The social worker, if necessary, will coordinate with the rest of the social resources. The EGCC will establish a link with the rest of the care levels, as well as proceed to manage the necessary resources. In the next meeting, a work plan is agreed upon for each professional and these tasks will be reviewed at the beginning of the next month's meeting.

Results and conclusions: An integrative approach is achieved with improvement of clinical and social parameters of the patients addressed, which benefits the user, their family and the referring AP team.

Key words: home care, management, chronicity.

Cite as: Rodríguez-Varela JA, Gorreto-López L, Terrón-Rodríguez ME, Alonso-Tapia A. Reuniones interdisciplinarias en Atención Primaria (AP): Experiencia organizativa en el equipo de AP para obtener resultados en salud. *Academic Journal of Health Sciences* 2023; 38 (6):47-9 doi: 10.3306/AJHS.2023.38.06.47

Introducción

El modelo de atención centrado en la persona requiere de un enfoque integral e integrado por un equipo interdisciplinar. La intervención de todas las disciplinas permite tener un enfoque biopsicosocial de la persona y su entorno. Considerar los determinantes sociales de la salud facilita la integración de los factores que influyen en la salud de la persona y no solo en la manifestación de su enfermedad.

En un equipo interdisciplinar (entendido como profesionales de diferentes disciplinas que trabajan para la consecución de un objetivo común, aportando cada uno sus conocimientos según su profesión y competencias) que trabaja de forma colaborativa, la información: se comparte, discute y analiza entre todos los miembros del equipo, aportando cada uno su parte y se dirige el trabajo hacia un objetivo común¹.

Este abordaje facilita el trabajo y mejora la seguridad y la calidad de la atención del paciente, así como, de su familia. Las ventajas de la práctica colaborativa interdisciplinar e interniveles son múltiples: favorece el intercambio de información, evita duplicidades, aumenta la eficiencia, crea sinergia, facilita un feedback entre los profesionales, etc.

Las reuniones, como canal de comunicación abierto, favorecen el trabajo en equipo. La literatura sugiere que una comunicación clara y abierta y la coordinación, mejoran la calidad de los cuidados y de la asistencia sanitaria².

Objetivos de la experiencia

Establecer reuniones periódicas sistematizadas para facilitar la evaluación y mejora del proceso, así como, la coordinación entre los diferentes profesionales y ámbitos asistenciales y, contribuir a establecer relaciones entre el sector sanitario y social y otras redes de soporte, son intervenciones específicas de la metodología de trabajo de la Enfermera Gestora de Casos³.

Una vez realizadas reuniones de tipo internivel (atención primaria, hospital de agudos y hospital de atención intermedia), surge la necesidad de establecer un enfoque interdisciplinar en nuestra área de trabajo, atención primaria. Una acción integral, que permita tratar un mayor número de casos, y resolutoria, que no solo facilite la información entre profesionales de diferentes áreas, si no que establezca unos objetivos consensuados entre su equipo referente y el/la paciente y/o familia y/o tutor/a legal, integrándolos, ahora sí, con el resto de los niveles asistenciales⁴.

Descripción de la experiencia

De entre los equipos de atención primaria, surge la necesidad de iniciar esta metodología en un equipo médico

y enfermera de atención primaria que cuenta con un cupo de pacientes cuyo grado de morbilidad ajustado (GMA) 4 se ajusta al inicio de estas reuniones, en 91 pacientes y 284 pacientes GMA3. Entre ellos se encuentran identificados 135 pacientes crónicos complejos (PCC) y 18 pacientes crónicos avanzados (PCA)⁵.

Con la intención de garantizar la continuidad asistencial, la atención integrada y facilitar la coordinación entre niveles asistenciales, iniciamos reuniones, con periodicidad mensual, entre el equipo básico de Atención Primaria (Médico de familiar, enfermera familiar y comunitaria, trabajadora social y enfermera gestora de casos comunitaria)⁶ siguiendo la siguiente metodología:

- El equipo referente acordará con la trabajadora social y la enfermera gestora de casos comunitaria (EGCC) fecha para la reunión, quienes a su vez se encargarán de disponer de tiempo hábil en su agenda para dicha reunión.
- Una vez acordada la fecha, se consensuarán los casos que se tratarán en dicha reunión, entendiendo la necesidad de abordaje conjunto y un volumen factible en el tiempo acordado.
- Las reuniones tendrán una duración aproximada de 60 minutos.
- En el desarrollo de la reunión, se iniciará cada caso con una pequeña introducción que describa la situación actual, así como, los objetivos establecidos por cada profesional, alineándose estos, con la voluntad de paciente y/o familia y/o tutor/a legal, sus capacidades y recursos viables.
- La trabajadora social (de estar presente en atención primaria) será la encargada de establecer la mediación y coordinación con el resto de los servicios y recursos sociales.

La EGCC será la encargada de establecer posteriormente la integración del trabajo propuesto por atención primaria con el resto de los niveles asistenciales.

Se propone por tanto el siguiente orden a seguir:

1. Exposición del caso por el/la profesional que haya propuesto el caso o en su defecto, quién disponga de mayor información con respecto a la situación que presenta. Se tratará cualquier aspecto relevante que se considere importante para la continuidad asistencial de los pacientes; situación clínica, tratamiento, evolución, pronóstico, pruebas diagnósticas, continuidad de cuidados al alta, cuidados de enfermería, situación social y familiar, recursos clínicos y sociales actuales, etc.
2. El resto de los profesionales que integran la reunión,

- exponen sus intervenciones y planes de trabajo establecidos hasta el momento o en su defecto, establecen las posibles vías de actuación a consensuar con paciente y/o familia y/o tutor/a legal.
3. La trabajadora social establece, si precisa, coordinación con el resto de los servicios y recursos sociales.
 4. La EGCC establece coordinación con el resto de los niveles asistenciales, así cómo, procede a gestionar los recursos precisos.
 5. Se acuerda fecha para la siguiente reunión.

Resultados y Conclusiones

Al tratar aspectos relevantes de la continuidad asistencial de los pacientes, situación clínica, tratamiento, evolución, pronóstico, pruebas diagnósticas, continuidad de cuidados al alta de un nivel asistencial, cuidados de enfermería, situación social y familiar, recursos clínicos y sociales actuales, etc., se consigue un abordaje integrador con mejoría de parámetros clínicos y sociales de los pacientes abordados, lo que beneficia al usuario, su familia y al equipo referente de AP. (Figura 1).

Conflicto de intereses

Ninguno.

Figure 1: Desarrollo del proceso organizativo.



Bibliografía

1. Miró Bonet M. Práctica colaborativa interprofesional en salud: Conceptos clave, actores y percepciones de los profesionales. Educ Med. 2016; 17(Supl 1):21-29.
2. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (2006). Práctica colaborativa en los equipos de enfermería. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.
3. La enfermera gestora de casos; garantía de coordinación y de continuidad asistencial. Subdirección de Atención a la Cronicidad. Servei de Salut de les Illes Balears (2017).
4. Estratègia per a l'Abordatge de la Cronicitat al Sistema Nacional de Salut. (s/f). Gob.és. Recuperat el 30 d'abril del 2023, d'https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
5. Pla datenció a les Persones amb malalties cròniques 2016-2021 el repte del sistema sanitari. (s/f). Catedradecronicidad.és. Recuperat el 30 d'abril del 2023, de <https://catedradecronicidad.es/wp-content/uploads/2020/06/plan-cronicitat-ca.pdf>
6. Reina Campos MR, Carrasco Rodríguez A. Abordatge integral d'un cas crònic complex a través d'un equip interdisciplinari en atenció primària. Infermeria clínica 2016; 26(1):38-44. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.11.007>