

PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA - PAD

Atención humanizada de adultos frágiles con múltiples morbilidades en Medellín, 2019.

OBJETIVO:

Ofrecer un modelo de atención integral en salud para adultos frágiles, que proporcione asesoría, educación, asistencia y apoyo emocional de manera humanizada, de acuerdo con las necesidades individuales, con el fin de promover y/o mantener la recuperación de sus capacidades físicas y mejorar su relación con el entorno sociofamiliar, retornándolo al máximo nivel funcional y productivo posible.

METODOLOGÍA:

Se realiza caracterización de un grupo poblacional de adultos frágiles, mediante la aplicación de un índice de fragilidad que permite la correcta clasificación funcional y la identificación del riesgo diferencial con sus variables asociadas, con el fin de poder realizar una planeación de la atención de manera personalizada y garantizando calidad en el proceso y un uso eficiente de los recursos.

El paciente clasificado como frágil-no funcional se asigna al programa perfilando su morbilidad con alguno de los siguientes instrumentos: Índice de Fragilidad de Groninger, Test de Apoyo Monopodal, Índice de Barthel - Test de Marcha, Tamizaje del Dolor y Test de Salud Mental. Igualmente se aplica el Índice de Zarit al cuidador para medir su nivel de sobrecarga.

El desarrollo metodológico contempla las siguientes fases:

Primera Fase

Línea Base – Cuestionario de Fragilidad: se focaliza en el curso de vida, el análisis socioeconómico, demográfico, epidemiológico, de determinantes sociales, segmentación, estratificación, priorización de grupos de riesgo, entre otros.
Aplicación de otros cuestionarios definidos para orientar el plan de atención.

Segunda Fase

Monitoreo de la situación de salud y seguimiento al uso de los recursos: segmentación, estratificación y priorización de grupos de riesgo.

El abordaje a los pacientes y al cuidador primario se realiza tomando, como línea de base, la identificación de necesidades y los resultados obtenidos con la aplicación de las escalas.

RESUMEN:

En el 2017 se implementó el Programa de Atención Domiciliaria – PAD - para pacientes crónicos pluripatológicos con alto consumo de recursos hospitalarios. Este programa incluye la atención por parte de un equipo multidisciplinario conformado por personal médico, de enfermería, disciplinas de apoyo y complementación terapéutica, con el acompañamiento permanente de especialistas en dolor y cuidado paliativo, infectología, toxicología, psiquiatría e internista geriátra.

Para la evaluación de la eficacia del programa se crean los siguientes indicadores: Proporción de pacientes del programa de crónicos hospitalizados en el domicilio, Proporción de ingresos hospitalarios no planificados, Proporción de pacientes del programa de crónicos que fallecen en el domicilio y Proporción de satisfacción de los usuarios. Para el logro del objetivo del PAD se definen las siguientes estrategias:



CAMBIOS MÁS SIGNIFICATIVOS Y NECESARIOS, REALIZADOS PARA LOGRAR LA MEJORA:

Sermás

Modelo de Atención en Salud

Diplomado de formación a cuidadores:

se realiza caracterización de cuidadores a través de la aplicación de la escala de Zarit (índice que permite medir el nivel de sobrecarga del cuidador), para enfocar el proceso que tiene como objetivo favorecer el bienestar de los pacientes a partir de un proceso de formación y cualificación de los cuidadores primarios, a través de prácticas que fortalezcan la autoestima, el manejo de las emociones y la autonomía y la generación de cultura de autocuidado.

Gestión personalizada de casos:

la gestión de casos busca integrar los servicios asistenciales en torno a las necesidades de la persona, utilizando la valoración integral, la atención planificada y la coordinación, garantizando el acceso a los recursos necesarios con un tránsito fluido por el sistema. Para la ejecución de esta estrategia se asigna, a cohortes específicas, un médico general líder y una enfermera gestora de casos, quienes asumen, de manera personalizada y planeada, el manejo de las poblaciones a cargo.

Mesa de Ayuda:

módulo de atención telefónica que funciona 24/7, operada por enfermeros profesionales y tecnólogos en atención prehospitalaria, con vinculación del médico tratante y del personal asistencial para apoyar las decisiones clínicas, enfatizando en el apoyo emocional, a través de intervenciones psicológicas telefónicas con el paciente y su familia.

Fortalecimiento de estilos de vida saludable:

con el acompañamiento multidisciplinario y la educación permanente, se orienta en el autocuidado, en estilos de vida saludables y en la etapa prioritaria de la cogestión del riesgo con participación activa del paciente, de la familia y la comunidad, a través de visitas de auxiliares de enfermería que desempeñan un rol de gestión del cuidado.

Acompañamiento al final de la vida:

intervenciones del equipo de salud orientadas al acompañamiento al final de la vida con el objetivo de disminuir el dolor, evitar o mitigar la asfixia (dificultad respiratoria), ordenar alimentación adecuada y propiciar que el paciente esté rodeado de sus seres queridos y con apoyo emocional y espiritual permanente.

- El desarrollo del modelo de atención “Sermás” que considera la atención integral, integrada y continua de la población objeto del programa, como respuesta a las necesidades en salud, articulando los ámbitos de atención ambulatorio, hospitalario y domiciliario.
- Generar sinergia entre el prestador primario y el complementario de la red de servicios articulada con el ente territorial, con las entidades aseguradoras y otros actores y sectores que contribuyen en la intervención de los determinantes sociales.
- Correlación con los colaboradores aliados y vinculado, asistenciales y administrativos, que se encargan de garantizar la operación del modelo con pertinencia y oportunidad en la detección de riesgos, diagnóstico oportuno, tratamiento, rehabilitación y paliación, generando como resultado el mejoramiento de las condiciones de salud de la población.
- Empoderamiento del cuidador en el proceso de atención, con el fortalecimiento de las estrategias de autocuidado.

REPRESENTACIÓN GRÁFICA

Gráfico 1. Estructura Diplomado de formación a cuidadores - Cuidarte Programa de Atención Domiciliaria



Fuente: Documentación Diplomado cuidadores

Interpretación: se identificó que el 88% de los cuidadores son mujeres, el estado civil predominante es casado y que el 62% de los cuidadores presentan sobrecarga física y emocional en función del cuidado del paciente crónico. La intervención de la sobrecarga de los cuidadores primarios a cargo de pacientes con múltiples ECNT (62%) se realiza a través de la implementación del Diplomado de formación a cuidadores -Cuidarte.

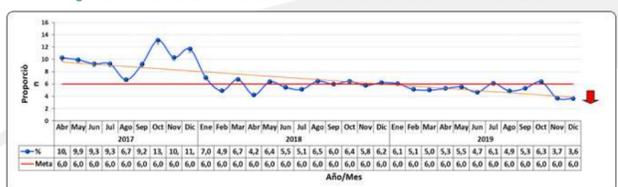
Gráfico 2. Proporción de pacientes del programa de crónicos hospitalizados en el domicilio. Programa de Atención Domiciliaria / Modelo “Sermás” abril 2017 – diciembre 2019



Fuente: GHIPS – Base de datos de Egresos hospitalarios e informe de análisis de ingresos hospitalarios del programa.

Interpretación: disminución de las agudizaciones secundarias a ECNT que ameritan hospitalización domiciliaria, pasando del 5,6% en 2017 al 2,8% en diciembre de 2019.

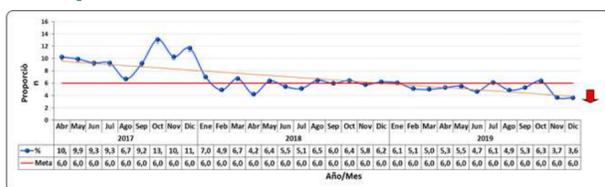
Gráfico 3. Proporción de ingresos hospitalarios no planificados Programa de Atención Domiciliaria / Modelo “Sermás” abril 2017 – diciembre 2019



Fuente: GHIPS – Base de datos de Egresos hospitalarios e informe de análisis de ingresos hospitalarios del programa.

Interpretación: disminución de más de un 50% de las hospitalizaciones no programadas entre abril de 2017 y diciembre de 2019, al pasar del 10,2 al 5,2.

Gráfico 3. Proporción de ingresos hospitalarios no planificados Programa de Atención Domiciliaria / Modelo “Sermás” abril 2017 – diciembre 2019



Fuente: GHIPS – Base de datos de Egresos hospitalarios e informe de análisis de ingresos hospitalarios del programa.

Interpretación: disminución de más de un 50% de las hospitalizaciones no programadas entre abril de 2017 y diciembre de 2019, al pasar del 10,2 al 5,2.

Gráfico 4. Proporción de pacientes del programa de crónicos que fallece en el domicilio. Programa de Atención Domiciliaria / Modelo “Sermás” abril 2017 – diciembre 2019



Fuente: GHIPS – Base de datos de Egresos hospitalarios e informe de análisis de ingresos hospitalarios del programa.

Interpretación: en 2017, el 36% de los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión en el PAD fallecieron en su hogar atendiendo los lineamientos de cuidados paliativos, en 2018 el promedio fue del 47% y en el 2019 fue del 62%.

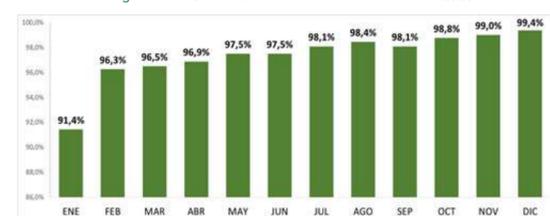
Gráfico 5. Proporción de pacientes educados en la buena práctica de autocuidado. Programa de Atención Domiciliaria / Modelo “Sermás” abril 2017 – diciembre 2019



Fuente: GHIPS – Base de datos de Egresos hospitalarios e informe de análisis de ingresos hospitalarios del programa.

Interpretación: entre enero de 2018 y diciembre de 2019, se incrementó en un 60% la proporción de pacientes educados en la buena práctica de autocuidado.

Gráfico 6. Proporción de satisfacción de usuarios Programa de Atención Domiciliaria enero – diciembre de 2019



Meta: 9% / Fuente: GHIPS - Indicadores de Atención al Usuario

Interpretación: la proporción de satisfacción de usuarios ha sido del 98% durante el 2019.

CONCLUSIÓN

Con las estrategias definidas en el Programa de Atención Domiciliaria – PAD - se ha generado la reorientación de la atención que trasciende el enfoque de la enfermedad para reconocer y enfatizar su accionar en el ser, orientando el trabajo de su equipo humano al cuidado y mantenimiento de la salud en un proceso de atención personalizada, con respeto a la dignidad humana. Esto ha sido posible gracias al trabajo conjunto de equipos multidisciplinarios, estamentos intersectoriales y la participación activa del usuario y su familia, quienes acompañan, promueven y contribuyen para el logro de las metas mediante la prestación de servicios de calidad, permitiendo materializar los lineamientos definidos en el modelo de atención institucional de la IPS Universitaria “Sermás”, que tienen como objetivo brindar una atención en salud integral, centrada en el ser humano, mediante un enfoque diferencial, integrado en red, con una gestión clínica eficiente y enfocado en el curso de vida y la gestión del riesgo.