

EXPERIENCIAS EN BUENAS PRÁCTICAS DE RESOLUTIVIDAD

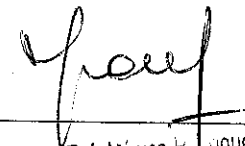
Dispositivo de Atención del Paciente Crónico Complejo (DAPCC) Policlínica Santa Mónica – RAP ASSE Paysandú

Autores: Dres: Miryam Antunez, Lucía Antunez de Oliveria, Diana Domenech, Rosario Durante, Nury Guillemín, Lucía Lanterna, Noelia Orellano, Mercedes Pereira, Fabricio Rocca, Daniel Strozzi

Referente: Dra. Diana Domenech

Contacto: 099171452; dianadomenech@hotmail.com

Directora de RAP-ASSE Paysandú: Lic. Enf. Mónica Rodríguez


Lic. en Enf. Mónica Rodríguez
Directora
RAP ASSE Paysandú

Paysandú, 26 de Julio 2018

Dirección General de Coordinación.

Ministerio de Salud Pública.

A través de la presente, queremos manifestar nuestro apoyo a la postulación de experiencias de buenas prácticas en resolutiveidad del PNA al equipo de medicina familiar y comunitaria de la policlínica de la RAP de ASSE en Paysandú.

Creemos que tanto el Dispositivo de Atención del Paciente Crónico Complejo, así como la forma de gestión que exponen, benefician al usuario y podrían ser replicados en otras policlínicas, ya que responden en gran medida a las inquietudes que este colectivo ha sostenido a lo largo de su existencia.

Nos comprometemos además a dar seguimiento y acompañar al equipo en ambas experiencias en vistas a lograr su sostén a lo largo del tiempo.

Sin otro particular, saludan atentamente por usuarios de ASSE Paysandú,

Mika Heimen. CI 3.848.076-9

Gladys Fros. CI 2.843.360-5

Patricia Leguizamon. CI 1.089.412-6

Adriana Caraballo. CI 4.433.479-0

Por el equipo de usuarios Paysandú.
[Firma]

Formulario de presentación de experiencias de buenas prácticas en resolutiveidad en el PNA

PRESTADOR	Red del Primer Nivel de Atención Paysandú- Administración de los Servicios de Salud del Estado
BREVE DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	<p>La Obra Social y Comunitaria Santa Mónica, ubicada en el Barrio del mismo nombre, situado en la zona sureste de la ciudad de Paysandú (Departamento de Paysandú), inicia sus actividades en el mes de setiembre del año 2006. En diciembre de ese mismo año, a punto de partida de vecinos y vecinas del barrio en la Capilla Santa Mónica, se formaliza la Obra Social con la participación de 60 socios fundadores que conformaron una Comisión con personería jurídica frente a Escribano Público. Desde entonces ésta «Comisión Fomento de la Obra Social y Comunitaria Santa Mónica», ha venido trabajando activamente en distintas actividades. Inicialmente centraron sus esfuerzos en la adquisición del predio, donde actualmente asienta la Policlínica; posteriormente se logró su construcción e inauguración. Cabe destacar que la Policlínica Santa Mónica – Dr. Carlos Stagno, fue cedida en comodato a la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), la que se encuentra en funcionamiento desde el año 2010. Debe su nombre al Barrio y a la figura de un médico Pediatra sanducero, referente técnico y humano en el cuidado de la Salud de los niño/as del Dpto.</p> <p>La construcción de la Policlínica fue posible gracias a donaciones, jornadas de trabajo de vecinos y la adjudicación de varios presupuestos participativos a través de la Intendencia Departamental de Paysandú. La composición de la Comisión ha ido cambiando con el correr de los años, así como sus actividades y metas, y en los últimos años se ha abocado a la construcción de un salón multiuso para el barrio y las actividades comunitarias de la Policlínica¹, cesando sus actividades una vez que fue cedida en comodato dicho salón.</p> <p>La Unidad docente – asistencial (UDA) de Medicina Familiar y Comunitaria denominada «Fortalecimiento y desarrollo de los núcleos académicos y asistenciales de Paysandú y Tacuarembó» es aprobada por el Programa de fortalecimiento de los recursos humanos de los Prestadores de Salud (PFRHS)² en el año 2009, comenzando su funcionamiento en febrero de 2010. La radicación de algunos de sus docentes en Paysandú implicó la puesta en marcha de los objetivos trazados por la misma, que incluía «fortalecer las actividades de enseñanza de grado y postgrado, extensión, investigación y asistencia, en el primer nivel de atención en Paysandú y Tacuarembó, y su articulación con el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria». Para la implementación del mismo, la Dirección de la Red del primer nivel (RAP) de ASSE del momento, le designa a la UDA, la Policlínica Santa Mónica - Dr. Carlos Stagno como polo de desarrollo en Paysandú, convirtiéndose en el correr del tiempo en el principal centro académico - asistencial de la misma.</p> <p>La Policlínica Santa Mónica está integrada por un equipo de trabajo donde conviven funcionarios de ASSE con docentes de la carrera de Doctor en Medicina y de la Escuela de Tecnología Médica (EUTM). En la actualidad, conforman dicho equipo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Personal de enfermería: 3 auxiliares de enfermería divididas en 2 turnos: de 7.00 - 14.00 hs y de 10 - 17.00 hs. La Licenciada en enfermería encargada de la Policlínica es compartida con otras Policlínicas de la RAP 2. Administrativa encargada de la atención al público 3. Personal médico: <ol style="list-style-type: none"> a) Ginecóloga: a cargo de la atención del embarazo de alto riesgo. b) Pediatra: integrante de la UDA de Pediatría. c) Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC): integrada por 3 Residentes, 1 Jefa de residente, 2 docentes GII y 1 docente GIII d) Diabetóloga: a cargo de la atención de usuarios con DM II en proceso de insulínización 4. Licenciada en Podología: integrada por 1 docente GII de la EUTM

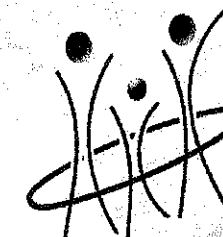
¹Extraído del "Informe de trabajo de la Comisión fomento Santa Mónica. 2013- 2014" Autoras: Dras. Heinzen y Odella. UDA N°74

² Programa interinstitucional conformado por ASSE, Facultad de Medicina de la UDELAR y Ministerio de Salud Pública

	<p>5. Interno de la Carrera de Fisioterapia de la EUTM</p> <p>6. Licenciado en Trabajo Social: compartida con otras Policlínica de la RAP</p> <p>7. Servicio de vacunación: de forma mensual la CHLAP concurre a través de un dispositivo móvil.</p> <p>8. Auxiliar de Servicio compartida con otras Policlínicas de la RAP</p> <p>9. Docente responsable de la formación académico - asistencial de los especialistas en MFyC en el Norte del Río Negro: Prof Agda de MFyC</p> <p>Dado que se trata de un centro académico - asistencial, se suman a diario, a los técnicos referidos, estudiantes de la carrera de Doctor en Medicina en sus distintos ciclos (CIMGI, CGI, Internado), y estudiantes de Podología de la EUTM.</p> <p>La Policlínica funciona de lunes a viernes de 7 a 17.00 hs.</p> <p>La estrategia de gestión de la Policlínica Santa Mónica es el trabajo en equipo, consolidado en la realización sistemática y semanal desde su apertura, de una reunión de equipo, en un tiempo y espacio específico para la misma.</p>
NOMBRE DE LA EXPERIENCIA DE BUENA PRÁCTICA	Dispositivo de Atención del Paciente Crónico Complejo (DAPCC)
SERVICIO QUE LA LLEVÓ A CABO	Policlínica Santa Mónica- Dr. Carlos Stagno.
ALCANCE DE LA EXPERIENCIA	El alcance institucional de esta experiencia refiere a los usuarios de ASSE que se atienden en la Policlínica Santa Mónica Dr. Carlos Stagno. No obstante, puede servir como referencia para ser implementada en otras policlínicas del Departamento (alcance local) y replicada a nivel nacional.
FECHA DE INICIO	Abril 2018
FECHA DE FINALIZACIÓN si corresponde	Experiencia en marcha. Para la presentación de los indicadores, se tomó como fecha de corte, el 30 de junio 2018.
PROBLEMA QUE SE PRETENDE ABORDAR CON LA INICIATIVA	<p>Con esta iniciativa se intenta abordar la deficitaria atención del paciente crónico complejo (PCC), debido a las dificultades de accesibilidad a los Servicios de salud producto de afecciones que impiden su desplazamiento y/o a la presencia de múltiples patologías que complejizan su atención. Estos pacientes suelen presentar frecuentes descompensaciones que implican reiteradas consultas en el primer nivel de atención (PNA) y en el segundo nivel de atención (SNA), tanto en los Servicios de urgencia como en la consulta con especialistas, requiriendo muchas veces internaciones para el tratamiento de sus patologías.</p> <p>Por lo tanto, nos proponemos generar un dispositivo para el abordaje eficaz y eficiente del paciente crónico complejo en domicilio. Entendemos como abordaje eficaz, al grado en que un Servicio logra los mejores resultados posibles mediante la priorización de tareas, definición de metas y cumplimiento de los objetivos propuestos. La eficiencia por su parte hace referencia al logro de los mejores resultados con los recursos disponibles estableciendo tareas y procesos técnicos para su alcance³.</p> <p>El término PCC hace referencia a un paciente crónico con una situación clínica de difícil manejo. Quedan incluidas bajo esta denominación situaciones como el envejecimiento, la discapacidad, la dependencia y la interactividad asistencial. Un paciente complejo es aquel al que percibimos como tal porque su manejo clínico es particularmente difícil, incierto y peculiar. Existen dos perfiles de paciente complejo: el paciente complejo crónico (PCC) y pacientes en situación de enfermedad avanzada. Su identificación formal se justifica en tanto se ponga en marcha un proceso de mejora en la atención³.</p> <p>En adjunto se presenta el protocolo diseñado para la atención domiciliar de los PCC, de la Policlínica Santa Mónica.</p>
OBJETIVO GENERAL	Proveer cuidados integrales, coordinados y multidisciplinarios en domicilio al paciente crónico complejo.
	1. Incorporar a la práctica cotidiana el concepto de PCC por su jerarquía en la consulta del

OBEJETIVO ESPECIFICO	<p>PNA</p> <ol style="list-style-type: none"> Identificar a los pacientes con perfil de ingreso al DAPCC Conocer la características socio-demográficas de los pacientes crónicos complejos Diseñar e implementar un protocolo de atención en domicilio que contemple los aspectos biopsicosociales del PCC a través de un equipo básico integrado por auxiliar de enfermería, trabajador social y médico de familia. Promover la realización de actividades de educación para la salud multifamiliares como un pilar fundamental de la atención en el DAPCC. Prevenir y disminuir las complicaciones y/o descompensaciones del PCC priorizando el domicilio como ámbito de resolución Reducir el número de interconsultas con los servicios SNA.
INDICADORES PRIORIZADOS	<p>INDICADOR 1. Porcentaje de PCC ingresados al DAPCC en el período Abril – Junio 2018: N° total de PCC ingresados al DAPCC / N° total de usuarios identificados como PCC, x 100</p> <p>INDICADOR 2. Promedio de visitas realizadas por usuario del DAPCC en el período Abril – Junio 2018: N° total de visitas realizadas / N° Total de usuarios ingresados al DAPCC</p> <p>Visitas discriminadas según los integrantes del equipo básico que participaron</p> <ul style="list-style-type: none"> Indicador 2a: Porcentaje de vistas realizadas por el equipo de MFyC: N° de visitas realizadas por equipo de MFyC / N° Total de visitas realizadas, x 100 Indicador 2b: Porcentaje de vistas realizadas por el equipo de enfermería: N° de visitas realizadas por equipo de enfermería / N° Total de visitas realizadas, x 100 Indicador 2c: Porcentaje de vistas realizadas por la trabajadora social: N° de visitas realizadas por la trabajadora social / N° Total de visitas realizadas, x 100 <p>INDICADOR 3. Datos sociodemográficos de usuarios del DPCC</p> <ul style="list-style-type: none"> Indicador 3a: Distribución de los usuarios según grupos etarios: N° de usuarios menores y mayores de 65 años / N° total de usuarios, x 100 Indicador 3b: Distribución de los usuarios según sexo: N° de usuarios de sexo masculino y femenino / N° total de usuarios, x 100 Indicador 3c: Distribución de los usuarios según nivel educativo: N° de usuarios analfabetos, con educación primaria in/completa, secundaria in/completa & terciaria in/completa / N° total de usuarios, x 100 Indicador 3d: Distribución de los usuarios según nivel socioeconómico: N° de usuarios con ingresos por debajo de la línea de pobreza y de la línea de indigencia / N° total de usuarios, x 100 Indicador 3e: Distribución de los usuarios según tipología de hogar: N° de usuarios integrantes de familias unipersonales, unipersonales extensas, biparentales, biparentales extensas, biparentales con hijos, biparentales con hijos extensas, monoparentales y monoparentales extensas / N° total de usuarios, x 100 <p>INDICADOR 4: Porcentaje de Actividades de Educación para la Salud (EPS) multifamiliares realizadas por usuario del DAPCC, en el período Abril – Junio 2018: N° de actividades de EPS multifamiliares realizadas / N° de actividades de EPS multifamiliares planificadas, x 100</p> <p>INDICADOR 5: Porcentaje de consultas realizadas en el SNA, por usuario ingresado en el DAPCC, en el período Abril – Junio 2018: N° total de consulta realizadas por los usuarios al SNA / Total de consultas realizadas por los usuarios en todos los niveles de atención, x 100</p>
RESULTADOS OBTENIDOS	<p>INDICADOR 1. Porcentaje de PCC ingresados al DAPCC en el período Abril – Junio 2018: $4/13 \times 100 = 31\%$</p> <p>INDICADOR 2. Promedio de visitas realizadas por usuario del DAPCC en el período Abril – Junio 2018: $14/4 = 3$ (correspondería a un promedio de una visita por usuario por mes)</p> <p>Visitas discriminadas según los integrantes del equipo básico que participaron</p> <ul style="list-style-type: none"> Indicador 2a: Porcentaje de vistas realizadas por el equipo de MFyC: $8/14 \times 100 = 57\%$ Indicador 2b: Porcentaje de consultas realizadas por enfermería: $5/14 \times 100 = 36\%$ Indicador 2c: Porcentaje de consultas realizadas por la trabajadora social: $1/14 \times$

	<p>100 = 7 %</p> <p><input type="checkbox"/> INDICADOR 3. Datos sociodemográficos de usuarios del DPCC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indicador 3a: Distribución de los usuarios según grupos etarios: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> $0/4 \times 100 = 0\%$ menores de 65 años <input type="checkbox"/> $4/4 \times 100 = 100\%$ mayores de 65 años - Indicador 3b: Distribución de los usuarios según sexo: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> $2/4 \times 100 = 50\%$ sexo masculino <input type="checkbox"/> $2/4 \times 100 = 50\%$ sexo femenino - Indicador 3c: Distribución de los usuarios según nivel educativo: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> $1/4 \times 100 = 25\%$ analfabetos <input type="checkbox"/> $2/4 \times 100 = 50\%$ primaria incompleta <input type="checkbox"/> $1/4 \times 100 = 25\%$ secundaria completa - Indicador 3d: Distribución de los usuarios según nivel socioeconómico: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> $0/4 \times 100 = 0\%$ por debajo de la línea de pobreza <input type="checkbox"/> $0/4 \times 100 = 0\%$ por debajo de la línea de indigencia. <p>El 100% de los usuarios ingresados al DAPCC tienen ingresos que los colocan por encima de la línea de pobreza</p> - Indicador 3e: Distribución de los usuarios según tipología de hogar: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> $3/4 \times 100 = 75\%$ biparental <input type="checkbox"/> $1/4 \times 100 = 25\%$ biparental extensa <p><input type="checkbox"/> INDICADOR 4: Porcentaje de Actividades de Educación para la Salud (EPS) multifamiliares realizadas por usuario del DAPCC, en el período Abril – Junio 2018: 0%. No se han programado aún actividades de EPS multifamiliares en este período.</p> <p><input type="checkbox"/> INDICADOR 5: Porcentaje de consultas realizadas en el SNA, por usuario ingresado en el DAPCC, en el período Abril – Junio 2018: $2/17 \times 100 = 12\%$</p>
EJE/S TEMATICO/S QUE ABORDA LA EXPERIENCIA	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Priorización de pacientes. <input type="checkbox"/> Seguimiento del paciente. <input type="checkbox"/> Protocolos de atención y guías de práctica clínica. <input type="checkbox"/> Gestión de casos de pacientes complejos y seguimiento ambulatorio presencial o no presencial.
DIMENSIONES Y ATRIBUTOS DE LA RESOLUTIVIDAD A LOS QUE APORTA/CONTRIBUYE	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Distribución y disponibilidad de RRHH en los servicios <input type="checkbox"/> Atención longitudinal. <input type="checkbox"/> Atención longitudinal (coordinación) <input type="checkbox"/> Atención integral (servicios proporcionados) <input type="checkbox"/> Enfoque familiar.



DISPOSITIVO DE ATENCION AL PACIENTE CRONICO COMPLEJO (DAPCC)

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA PAYSANDÚ
RAP ASSE PAYSANDÚ
2018


Lic. en Enf. Mónica Rodríguez
Directora
RAP ASSE Paysandú



Contenido

Introducción	2
Definición del problema	3
Objetivo General	3
Objetivos específicos	3
Ámbito de aplicación	4
Población diana	4
Actividades a realizar o procedimientos	5
Recursos necesarios	8
Organización y funcionamiento	8
Referencias Bibliográficas.	10
Anexos	10



Introducción

Uruguay está cursando la segunda transición demográfica, con una pirámide poblacional de tipo campana, contando con uno de los más altos índices de esperanza de vida al nacer (EVN) de Latinoamérica, lo que ha determinado el envejecimiento de la población¹. Datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) en Uruguay indican que la EVN proyectada al 2018 es de 80,1 años para las mujeres y de 73,2 años para los hombres lo cual promedia 77,6 años para la población general².

Por otra parte, la transición epidemiológica que ha sufrido nuestro país ha determinado el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Se entiende por ECNT al conjunto de patologías que no se transmiten de persona a persona, son de larga duración y por lo general evolucionan lentamente favorecidas por factores tales como el envejecimiento, la urbanización rápida y no planificada y la mundialización de modos de vida poco saludables³.

Hace más de una década que el 70% de las muertes en nuestro país se deben a ECNT entre ellas enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas, seguidas de accidentes y causas violentas⁴. El 30 % de los adultos mayores presentan 3 o más enfermedades crónicas lo que aumenta la probabilidad de generar dependencia en este grupo etario⁵. Las ECNT suelen presentar una evolución tórpida con descompensaciones frecuentes lo cual implica un uso elevado de los servicios de salud tanto en el Primer Nivel de Atención (PNA) como en el Segundo Nivel de Atención (SNA) donde son frecuentes las consultas en emergencia, las internaciones y las consultas con especialistas.

Estos procesos en nuestro país han determinado un aumento de las personas en situación de dependencia que requieren cuidado. La realidad actual es que las familias vienen disminuyendo el número de integrantes, lo que implica menor disponibilidad de brindar cuidados a los familiares que lo requieran. Por otra parte, la mujer quien tradicionalmente ocupó un lugar importante de cuidados en la familia, hoy se encuentra incorporada al ámbito laboral, disminuyendo de este modo el tiempo de contacto y la posibilidad de cuidados⁵.

Incorporar en la práctica cotidiana el concepto de paciente crónico complejo (PCC), nos permitiría agrupar una serie de usuarios que presentan situaciones clínicas de difícil manejo que requieren seguimiento estrecho y acciones individualizadas. Quedan incluidas bajo esta denominación situaciones como el envejecimiento, la discapacidad, la dependencia y la interactividad asistencial. Un paciente complejo es aquel al que percibimos como tal porque su manejo clínico es particularmente difícil, incierto y peculiar. Existen dos perfiles de paciente complejo: el paciente complejo crónico y pacientes en situación de enfermedad avanzada. Su identificación formal se justifica en tanto se ponga en marcha un proceso de mejora en la atención⁶.



Datos extraídos del diagnóstico de situación de salud de la zona de influencia de policlínica Santa Mónica, muestran que las ECNT son las más prevalentes, coincidiendo con la situación del país antes mencionada. De esta manera la hipertensión arterial, la obesidad, el sobrepeso, las dislipemias la diabetes mellitus y el EPOC son las patologías más frecuentes en esta población⁷.

La elaboración y aplicación de un DAPCC que estandarice la asistencia y brinde soporte a estos usuarios y sus familias se convierte en una estrategia efectiva para el abordaje del PCC en domicilio.

Definición del problema

Con esta iniciativa se intenta resolver el abordaje insuficiente del PCC debido a la escasa accesibilidad a los servicios de salud producto de afecciones que impiden su desplazamiento y/o la presencia de múltiples patologías que complejizan su atención. Estos pacientes suelen presentar frecuentes descompensaciones que implican reiteradas consultas en el PNA y en el SNA tanto en los servicios de urgencia como en la consulta con especialistas, requiriendo muchas veces internaciones para el tratamiento de sus patologías.

Por lo tanto, nos proponemos generar lineamientos para el abordaje eficaz y eficiente del paciente crónico complejo en domicilio. Entendemos abordaje eficaz como el grado en que un servicio logra los mejores resultados posibles mediante la priorización de tareas, definición de metas y cumplimiento de los objetivos propuestos. La eficiencia por su parte hace referencia al logro de los mejores resultados con los recursos disponibles estableciendo tareas y procesos técnicos para su alcance.

Objetivo General

Garantizar cuidados integrales, coordinados y multidisciplinarios en domicilio al paciente crónico complejo.

Objetivos específicos

1. Incorporar a la práctica cotidiana el concepto de PCC por su jerarquía en la consulta del PNA.
2. Identificar a los pacientes con perfil de ingreso al DAPCC
3. Conocer las características sociodemográficas de los pacientes crónicos complejos
4. Diseñar e implementar un protocolo de atención en domicilio que contemple los aspectos biopsicosociales del PCC a través de un equipo básico integrado por auxiliar de enfermería, trabajador social y médico de familia.
5. Promover la realización de actividades de educación para la salud (EPS) multifamiliares con cuidadores y familiares como un pilar fundamental de la atención en el DAPCC.



6. Prevenir y disminuir las complicaciones y/o descompensaciones del PCC priorizando el domicilio como ámbito de resolución
7. Reducir el número de interconsultas con los servicios SNA.

Ámbito de aplicación

Este dispositivo será de aplicación en PNA en Policlínica Santa Mónica Dr. Carlos Stagno de la RAP ASSE Paysandú.

Incluimos a los pacientes dentro del área de atención de este servicio de salud. La policlínica y su zona de influencia se encuentran en la zona sur este de la ciudad de Paysandú, limitándose:

- Al Oeste por calle Zorrilla de San Martín desde intersección con Naciones Unidas hasta la intersección con Av. Soriano.
- Al Norte por Av. Soriano desde intersección con Zorrilla de San Martín a intersección con Av. Bulevar Artigas. Colon desde intersección con Bv. Artigas hasta intersección con Av.E. Chaplín. Río Negro desde intersección con E. Chaplín a Ruta 3.
- Al Este por, Ruta 3- desde intersección con calle Colón a intersección con Naciones Unidas.
- Al Sur por, Naciones Unidas desde intersección con Zorrilla continuando Av. Israel (Park Way) hasta a intersección con Ruta 3.

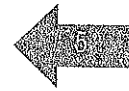
Población diana

Serán beneficiarios de este servicio, quienes cumplan con los siguientes criterios de inclusión:

- a. Pacientes que cumplan con la definición de PCC y que se asistan en policlínica Santa Mónica Dr. Carlos Stagno.
- b. Usuarios con dificultad o imposibilidad de acudir al centro de atención de manera permanente o temporal.
- c. Enfermedad invalidante crónica o aguda que requieran de un equipo médico para seguimiento y control de su patología.

Asimismo, quedan definidos como criterios de exclusión las siguientes condiciones.

- a. Usuarios cursando procesos sociales que requiere la intervención de un trabajador social y no del equipo médico. Paciente que únicamente presenten una dificultad social que impiden acceso al servicio de salud.
- b. Pacientes fuera del área de atención de Policlínica Santa Mónica definida por la Rap ASSE Paysandú.
- c. Pacientes con criterios de internación domiciliaria.
- d. Paciente que se niegan a recibir este tipo de atención médica.



Actividades a realizar o procedimientos

Se plantea realizar intervenciones en aspectos que tienen que ver con EPS, protección específica, tratamiento y rehabilitación, realizados con oportunidad, pertinencia, accesibilidad, eficacia, y efectividad. Una vez determinado que el usuario cumple con los criterios de ingreso detallados previamente en este dispositivo y descartando la presencia de criterios de exclusión se coordinará la primera visita en domicilio, a realizar por médico y licenciado o auxiliar de enfermería.

En la misma se llevará adelante la apertura de la historia clínica y la valoración integral multidimensional del usuario, con enfoque biopsicosocial, que permita al equipo la elaboración de un plan de manejo adecuado a las necesidades del usuario.

Evaluación de aspectos clínicos

- Revisión de diagnósticos médicos, para reconocimiento de comorbilidades
- Establecer signos y síntomas relevantes para la posterior monitorización.
- Identificar parámetros de control de referencia
- Evaluación del estado nutricional
- Valoración funcional y cognitiva

Evaluación del tratamiento farmacológico

- Valoración de fármacos, dosis, cumplimiento, presencia de interacciones y efectos adversos.
- Revalorar indicación de los fármacos de acuerdo a pronóstico y esperanza de vida
- Indagar por consumo de cannabis medicinal, fármacos de venta libre y productos de herboristería.

Valoración socio familiar

- Soporte socio familiar
- Red de apoyo socio familiar
- Situación económica
- Entorno y movilidad
- Condiciones de la vivienda
- Movilidad
- Actividad física que realiza
- Uso de ocio y tiempo libre

Evaluación del cuidador

- Identificar el cuidador principal y sostén del mismo
- Signos y síntomas de desgaste



Elaboración de un plan de intervención.

El mismo deberá ser individualizado y consensuado entre los profesionales, el usuario y su familia – cuidador.

Este incluirá:

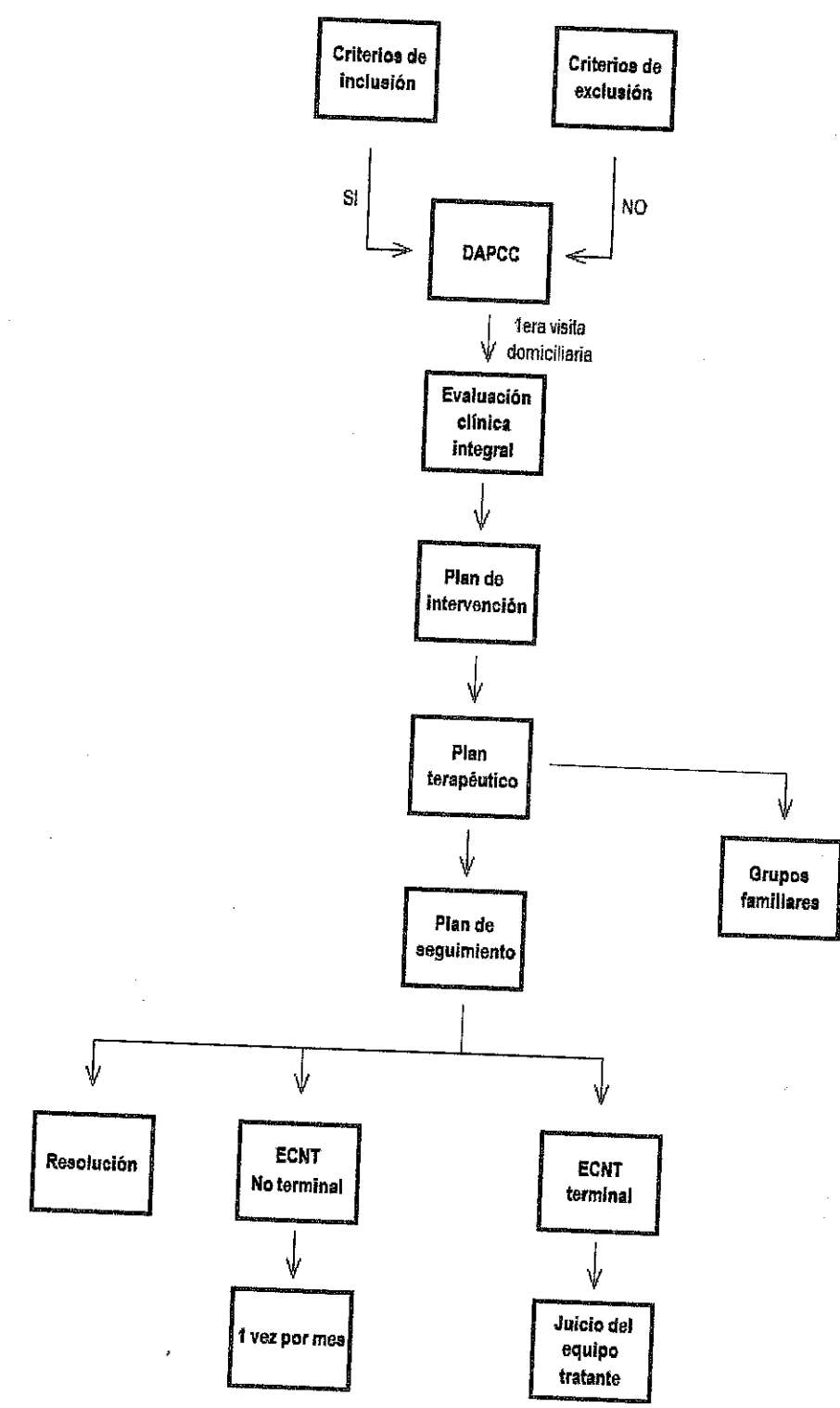
- Definición de signos y síntomas de descompensación de la/s enfermedades de base
- Educar al usuario y al cuidador sobre los mismos, para una detección temprana y oportuna.
- Establecer las actuaciones iniciales ante los signos de alarma
- Plan de cuidados de enfermería
- Recomendaciones sobre hábitos de vida y alimentación
- Educación en autocuidado y formación del cuidador: educar a los cuidadores sobre aspectos básicos de la enfermedad, evolución, pronóstico, signos de alarma y de consulta a los servicios de urgencias, alimentación, higiene, auto cuidado y hábitos saludables.
- Organizar grupos de educación para la salud dirigidos a los cuidadores de los pacientes incluidos en el DAPCC, donde se considere: motivación, capacitación sobre procedimientos a realizar, capacidad de análisis de diferentes situaciones, identificación de necesidades y resolución.

Seguimiento del plan de intervención

Los responsables del seguimiento serán los integrantes del equipo. Incluirá la valoración del usuario y la familia con especial énfasis en detectar causas de descompensación o desgaste del cuidador. El plan de intervención pautado podrá ser modificado en estas visitas de acuerdo con la evolución del paciente.

En cuanto a la frecuencia de las visitas se propone una visita cada 30 días para los pacientes con patologías crónicas compensadas. En caso de pacientes con patologías en etapa terminal o frente descompensaciones la frecuencia de las visitas será determinada por el equipo. El tiempo de cada visita se calcula en promedio de 30 a 40 minutos, sin incluir el tiempo requerido para los respectivos desplazamientos.

Dispositivo de atención del paciente crónico complejo (DAPCC)
Figura 1. Algoritmo de funcionamiento del DAPCC.





Recursos necesarios Recursos Humanos

- El médico de familia tiene el perfil que permite operar con el conjunto de problemas que presenta el usuario, ya que lo conoce de manera cercana, así como a su entorno y ecosistema social en el que vive, disponiendo de una historia clínica completa. De esta manera, puede aportar una visión proactiva, con una proyección anticipada de la evolución del paciente desarrollando planes y estrategias de atención individualizadas.
- Trabajador Social con inserción en la comunidad para la detección, manejo y seguimiento de los aspectos socioeconómicos y culturales que puedan influir en el bienestar del paciente y su familia.
- Licenciado y/o auxiliar en enfermería con perfil en atención comunitaria.

Eventualmente, la complejidad del caso hará que se contemple un equipo reducido de profesionales del ámbito sanitario (especialistas del SNA), por lo que se elabora una lista de especialistas de referencia para el abordaje en conjunto de estos PCC.

Recursos Materiales

- Carpetas para HC
- Papelería
- Lápiz
- Esfigmomanómetro
- Estetoscopio
- Termómetro
- Saturómetro
- Botiquín para curaciones y procedimientos básicos.

Organización y funcionamiento

Cada residente de Medicina Familiar y Comunitaria con su respectivo tutor o docente, auxiliar de enfermería y trabajador social tienen asignada 1 hora semanal para la atención de los PCC en seguimiento que se utilizará según requerimiento en el horario de funcionamiento de la policlínica de 9 a 17 horas de lunes a viernes.

Para la comunicación con el equipo se utilizará el teléfono de Policlínica Santa Mónica (47232055)

Para el traslado del equipo o parte de él a los domicilios se coordinará ambulancia con la Dirección de la Red de Atención Primaria.

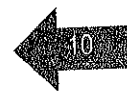
Sistema de registro

El Equipo de salud cuenta con la Historia Clínica que comprende

- Datos del paciente
- Motivo de ingreso al protocolo
- Lista de problemas agudos y crónicos
- Hojas de flujo
- Familiograma
- Análisis de situación familiar

También se cuenta con un sistema de registro diseñado específicamente para el usuario y su familia, el cual quedara en domicilio y donde de manera sencilla tendrán acceso a:

- Diagnostico
- Fármacos indicados
- Indicaciones de los principales cuidados
- Hoja de registro de signos de alarma
- Hoja para registro de eventos relevantes para el usuario y/o la familia - cuidador



Referencias Bibliográficas.

1. Domenech D. El abordaje familiar en la medicina familiar y comunitaria: la perspectiva de los cuidados médicos centrados en la familia. En: Vignolo J, Lindner C. Medicina Familiar y Comunitaria. Montevideo: Oficina del Libro; 2013. p. 401-24.
2. INE. Estimaciones y proyecciones de la población de Uruguay: metodología y resultados. 2013.
3. OMS. Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020. 2013.
4. Levcovitz E, Fernández Galeano M, Benia W, Anzalone P., Harispe E., coord. Perfil del sistema de salud. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio. Montevideo: OPS, 2016
5. MSP. Programa del adulto Mayor. Montevideo. 2008.
6. Paciente Crónico Complejo
7. Grassi M. Goyeneche R. Diagnóstico de situación de salud de la zona de influencia de la policlínica Santa Mónica - Dr. C. Stagno – ASSE. Paysandú. 2010.