

III CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales al paciente como derecho del ciudadano"

INNOVACIÓN EN EL CUIDADO INTEGRAL, CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y MANEJO COMPARTIDO DEL PACIENTE CRÓNICO - PROGRAMA ASISTENCIAL COMPORTE.

Autor principal SUSANA VERA GALLEGO

CoAutor 1 MARIA JOSE LABRADOR GARCIA

CoAutor 2 MONTSERRAT MONTERO SÁNCHEZ

Área Temática Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales en el Área Comunitaria

Palabras clave CUIDADOS CRONICOS INTEGRAL INNOVACIÓN

» Resumen

La atención a pacientes con patologías crónicas constituyen una actividad muy importante en nuestro ámbito sanitario. En los últimos años, el envejecimiento natural de la población, el aumento de la esperanza de vida y el número de enfermedades crónicas, está obligando a que los sistemas sanitarios se adapten y reorienten para poder ofrecer una atención integral y de calidad al paciente crónico.

Este tipo de paciente merece una consideración especial ya que presenta un mayor número de necesidades asistenciales y recursos empleados. Actualmente, las enfermedades crónicas son las responsables del 60% de las muertes en el mundo y abarcan más del 70% del gasto sanitario, ya que el paciente crónico suele ser gran frecuentador de los servicios de salud.

Por todo ello, el cuidado de este tipo de pacientes, va a requerir un abordaje multidisciplinar y compartido entre los distintos niveles asistenciales. Con este objetivo, surge en el Sistema Andaluz de Salud y más concretamente en el Distrito Sanitario Aljarafe en colaboración con el Hospital de San Juan de Dios de Bormujos (Sevilla), un programa asistencial innovador llamado COMPORTE, a través del cual, se racionalizan los recursos, homogeneizando procedimientos para cubrir las necesidades del paciente. Una vez que el paciente es dado de alta en el hospital, se sigue un programa coordinado con atención primaria que permite una continuidad de cuidados en su domicilio, capacitándolo a él mismo y familiares para que sean sujetos activos en el cuidado de su enfermedad.

» Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

En el año 2006 se desarrolla la fase inicial de implantación del Programa Asistencial COMPORTE con la realización de un estudio retrospectivo de los pacientes ingresados en el Hospital de San Juan de Dios de Bormujos (Sevilla) durante 2004 y 2005 para valorar las características de los pacientes crónicos en la comarca del Aljarafe.

Como resultado del estudio, se observa que el perfil del paciente crónico es el de una persona de unos 70 años que reingresa en la mayoría de los casos por la misma patología, entre las que destacan la Insuficiencia Cardíaca y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

Es a lo largo del 2009 cuando se pone en marcha el Programa Asistencial COMPORTE, a través del cual se desarrolla una atención sanitaria integral y compartida sobre el paciente crónico.

Los criterios de inclusión en dicho programa son aquellos pacientes que presentan las patologías de Insuficiencia cardiaca avanzada, EPOC severo, pacientes pluripatológicos y paliativos.

En este programa han participado diferentes profesionales sanitarios y no sanitarios (médicos, enfermeras, trabajadores sociales...) de ambos centros y es el resultado del trabajo conjunto que se viene desarrollando desde 2004 cuando se inicia el Programa de Continuidad Asistencial del Área basado fundamentalmente en un modelo de colaboración de los profesionales de atención primaria y especializada con el fin de mejorar no sólo la atención integral del paciente sino también la continuidad de los cuidados.

» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

Es un hecho que la mayoría de los pacientes tratados en nuestro sistema de salud tanto en atención primaria como en atención especializada son pacientes pluripatológicos. Dichos pacientes generan una serie de problemas y necesidades entre las que encontramos:

-Elevado consumo de recursos: gasto farmacéutico, frecuentación, pruebas complementarias, visitas domiciliarias, etc.

-Deterioro y pérdida gradual de la autonomía del paciente crónico, aumentando al mismo tiempo la demanda sanitaria.

-El paciente crónico puede llegar a ingresar anualmente hasta cinco veces por la misma patología y esto puede ser indicativo de una falta de conocimiento de la enfermedad por parte del paciente, familiares y/o cuidadores.

-También se detecta una falta de coordinación y homogeneización en la aplicación de los cuidados y elaboración de protocolos asistenciales entre los distintos niveles asistenciales.

Al analizar todos estos problemas y necesidades surgidas en torno al paciente crónico es cuando surge la idea de elaborar el Programa Asistencial COMPORTE, con el fin de proporcionar un cuidado innovador, integral y de calidad para el paciente.

» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

Las soluciones que se aportaron fueron entre otras, la de promover los cuidados y facilitar no sólo la atención integral de las diferentes patologías, sino también la continuidad en la asistencia y el manejo compartido de los pacientes, evitando la reagudización de su enfermedad a través de una serie de actividades.

Éstas se agruparon y se demostraron eficaces en el manejo de las enfermedades crónicas en distintos ámbitos, tanto estrictamente clínicas como organizativas, evaluarlas, reforzando así la atención a los pacientes crónicos de la comarca a través del Programa Asistencial COMPORTE.

Se desarrollaron una serie de objetivos:

recomendaciones individualizadas por patologías y por paciente.

-Actualizar la formación de los profesionales implicados, para optimizar conocimientos según las evidencias actualizadas y disponibles en las guías de prácticas clínicas correspondientes, en las patologías reseñadas, facilitando un adecuado manejo diagnóstico y terapéutico, aspectos complementarios en el desarrollo del programa.

-Desarrollar programas de formación y educación en cuidados.

-Identificar a los pacientes.

-Normalizar los procedimientos y la calidad de los cuidados hospitalarios y extra hospitalarios.

-Aumentar el grado de coordinación entre niveles.

-Establecer un sistema de registro común de actividades.

-Evaluar resultados .

Éstos objetivos van unidos a indicadores específicos de evaluación para cada ámbito asistencial con evaluación periódica de resultados, establecimiento de áreas de mejora y re evaluación tras estas modificaciones.

Todo ésto orientado a la continuidad asistencial y a la seguridad clínica a través de una homogeneización de procedimientos y uso adecuado de los recursos.

La evaluación y registro de la actividad del programa es parte integral y fundamental del diseño y desarrollo del mismo . Pretende ser sistemático , periódica (anualmente) y objetiva en lo posible y ayudará en el estudio y comprensión de ésta herramienta así como de sus posibles mejoras y ajustes.

Entre los efectos generales de éste programa, destacamos la reducción progresiva de ingresos hospitalarios de pacientes con enfermedades crónicas y una reducción del 28% en la ratio de reingresos al año . No hemos identificado menos reingresos al mes.

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

Durante el desarrollo de este programa nos encontramos barreras en el sistema clásico al no establecer una estratificación de riesgo del paciente que quedara registrada en el sistema , con lo que se dificultaba su seguimiento a lo largo de la enfermedad . Carecía de homogeneización de procedimientos entre los distintos colectivos profesionales específicamente de la necesidad de una valoración integral (clínica, funcional, psicoafectiva y sociofamiliar), de planes de cuidados, de medidas preventivas , farmacológicas y de instrucción de autocuidados al paciente o familiar.

En cuanto a la coordinación asistencial entre niveles y distintos profesionales no tenían establecido sistemas que asegurasen ésta coordinación , lo que provocaba deficiencias en la relación, en la información y en la gestión entre profesionales y pacientes.

También detectamos problemas :

-En la identificación del cuidador principal ya que nos podemos encontrar pacientes mayores de 80 años que viven solos y sin apoyo familiar por imposibilidad de atenderlos o por carecer de ella . Sobrecarga del cuidador por dolencias físicas generadas por los cuidados o por situaciones de angustias o ansiedad. Analfabetismo funcional del cuidador.

-Situación de la vivienda y entorno , ya que muchas de ellas no están habilitadas para la comodidad de estos pacientes con problemas de insalubridad, barreras, riesgo de accidentes...

-Pacientes con problemas económicos graves.

Durante el desarrollo de este programa se han ido encontrando todos estos tipos de barreras que han ido solucionándose a través del mismo para poder así conseguir los objetivos deseados sobre todo el principal, que es mantener al paciente en las mejores condiciones de vida haciendo participe de ello a él mismo y a su cuidador, facilitando el control de los síntomas y cuidados en domicilio y disminuir las necesidades de atención en los diferentes escenarios asistenciales , atención primaria y especializada.

» Oportunidad de participación del paciente y familia.

Debemos recordar que el objetivo fundamental del Programa Asistencial COMPARTE es mejorar la calidad de vida de los pacientes a través del control de los enfermos en el domicilio . Para ello es muy importante la participación del paciente y la familia en el cuidado de su enfermedad , formándolos a través de talleres prácticos organizados , o bien , aprovechando la visita domiciliaria o el ingreso hospitalario , dando recomendaciones individualizadas por patologías y por pacientes, que proporcionen información y se responsabilicen en el manejo , haciéndolos sujetos activos en el cuidado de su enfermedad crónica.

Se les puede enseñar y explicar el propósito de las dietas prescritas según enfermedad, comidas permitidas y las prohibidas . Relaciones entre dietas , ejercicio y peso corporal . Por ejemplo , en pacientes con Insuficiencia Cardíaca se les debe indicar una dieta cardiosaludable sin sal y sin grasas.

En caso de pacientes con EPOC , se les enseña a utilizar inhaladores prescritos , educación sobre oxigenoterapia y la importancia de fomentar una respiración profunda y lenta.

Si el paciente está encamado se les enseña la importancia de los cambios posturales para que los realicen , hidratación , protección de las zonas de riesgo como los talones y codos . En el caso de tener algún tipo de úlceras, instruirles en la observación de signos y síntomas de infección y si es posible enseñarles procedimientos de cuidados de las heridas.

Se instruirá al paciente / cuidador sobre el tratamiento , identificación, pauta, dosis y vía de administración y duración de los medicamentos.

Consecuencias de no tomar o de interrumpir bruscamente la medicación . Almacenar correctamente los medicamentos.

Se le enseñará a identificar signos y síntomas de descompensación de su enfermedad .

Todo ello enfocado en la importancia de la participación del paciente y su familia en el desarrollo de éste programa.

» Propuestas de líneas de investigación.

Como líneas de investigación proponemos conocer el valor predictivo de las intervenciones de enfermería para la mejora de calidad de vida , disminuir la reagudización por las patologías concretas de este programa y mejorar la adherencia terapéutica .

Otra propuesta que consideramos importante es diseñar un cuestionario que nos permita conocer el cambio en el grado de conocimientos tanto del cuidador como del paciente sobre las patologías concretas y así poder obtener datos y comprobar la efectividad de nuestro trabajo.