

LINEAMIENTOS PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

Natalia Baquero Molina. MD

Referente programa de Atención Domiciliaria SDS.

SUBSECRETARIA DE SERVICIOS DE SALUD Y ASEGURAMIENTO.

DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS.

Bogotá D.C. - 2017



BOGOTÁ
MEJOR PARA TODOS

1. DEFINICIÓN

DEFINICIÓN

- Según la OMS:

"Es la provisión de servicios de salud por parte de cuidadores formales o informales, en el hogar, con el fin de promover, restablecer o mantener el máximo nivel de confort, funcionalidad y salud, incluyendo cuidados tendientes a dignificar la muerte. Los servicios domiciliarios pueden ser clasificados por categorías en promoción, prevención, terapéuticos, rehabilitación, cuidados crónicos y paliativos"

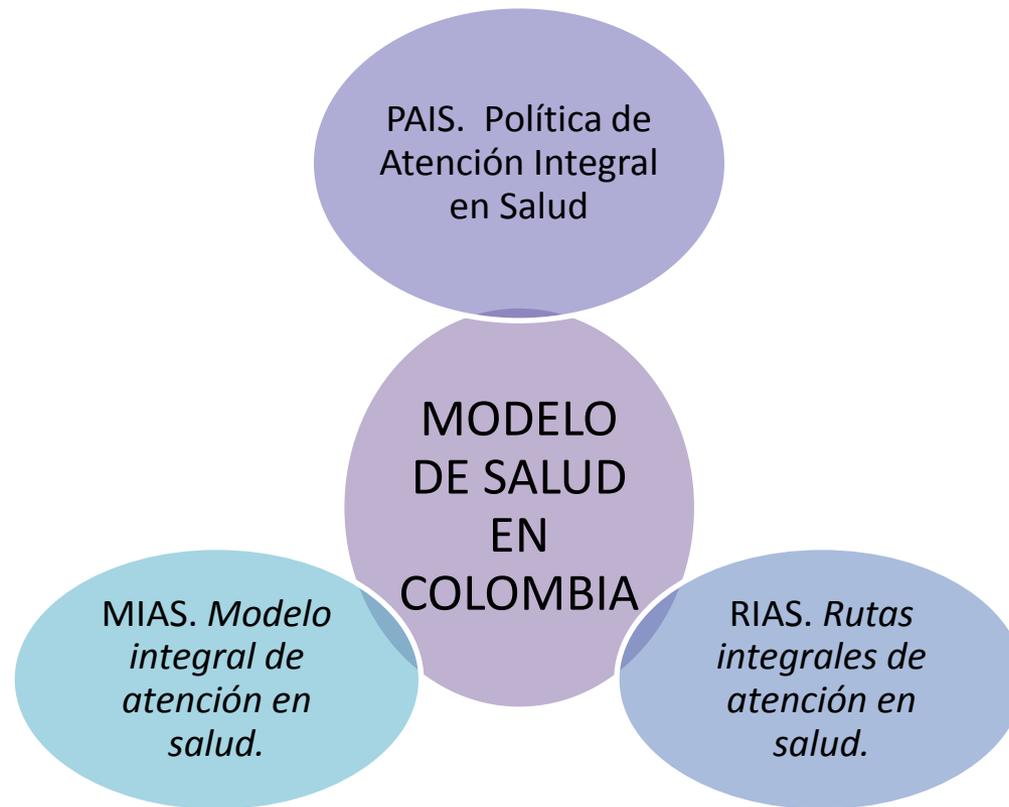


ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

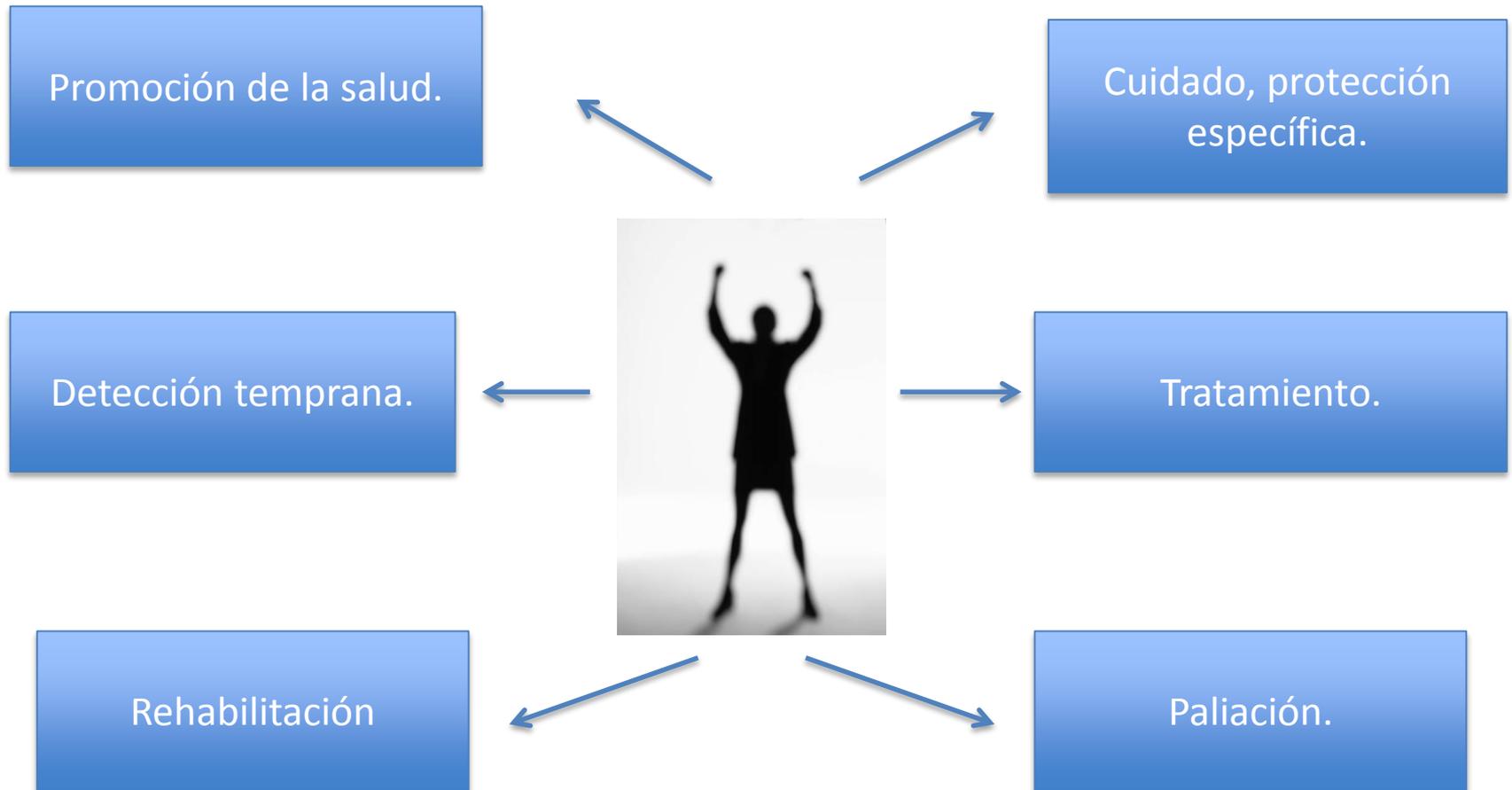
BOGOTÁ
MEJOR PARA TODOS

2. JUSTIFICACIÓN

JUSTIFICACIÓN



JUSTIFICACIÓN



3. MODELO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD MIAS

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD –MIAS-, -AIS-

COMPONENTES



MINSALUD

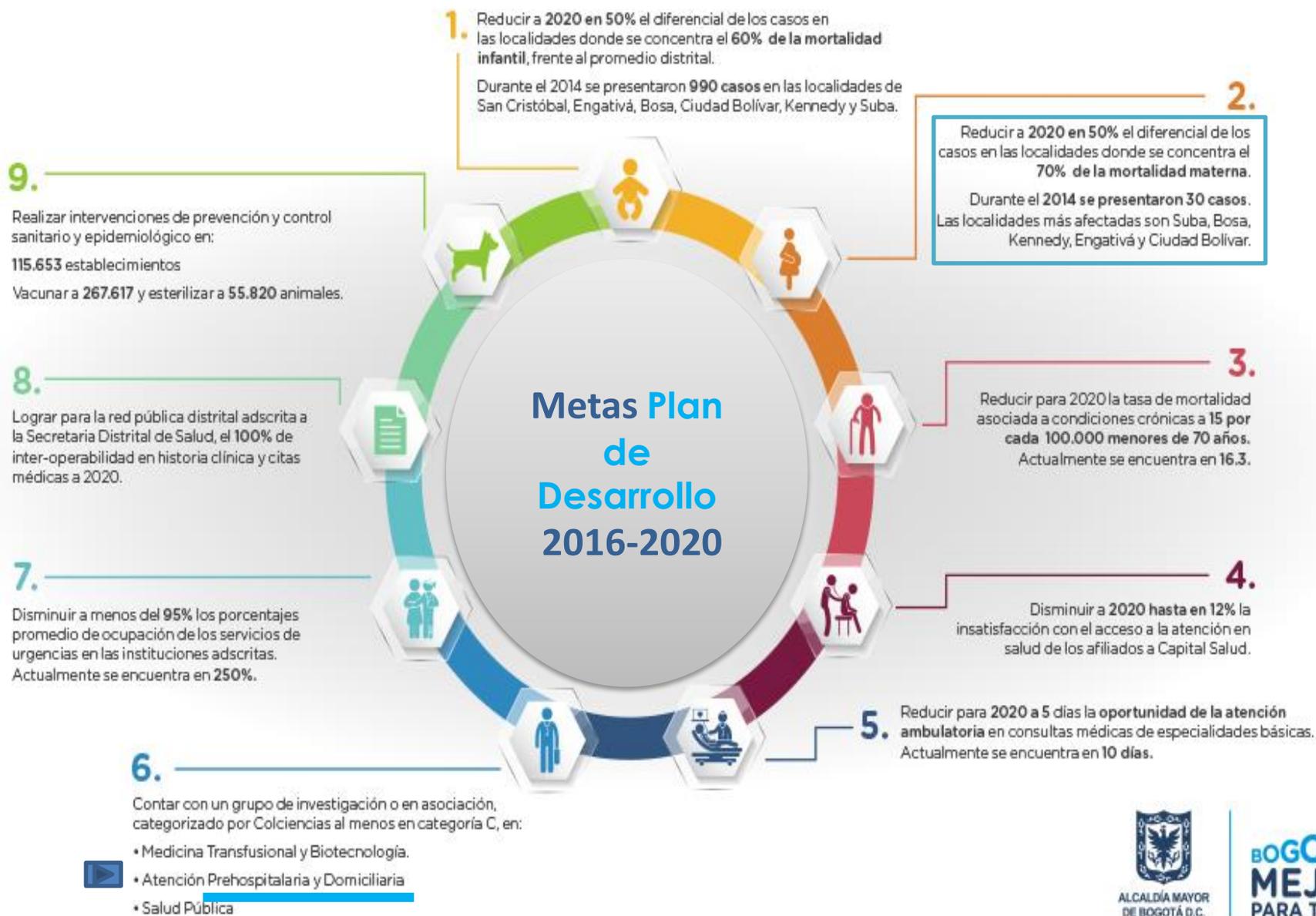


ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

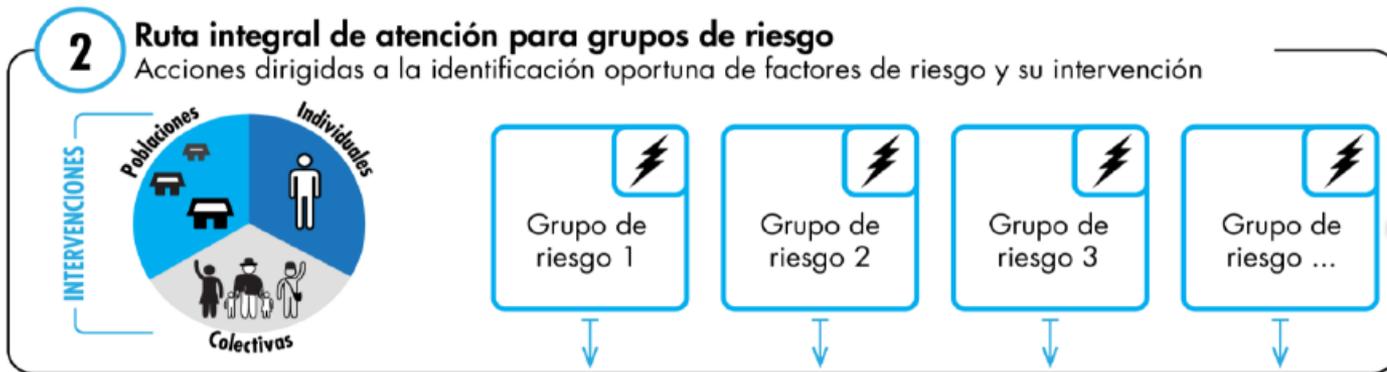
TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

BOGOTÁ
MEJOR PARA TODOS

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD –MIAS-, -AIS-



RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD EN EL MARCO DEL MIAS



4. MARCO NORMATIVO

MARCO NORMATIVO

Resolución
6408 de 2016

- ARTÍCULO 27. Atención Domiciliaria.
- ARTÍCULO 68. Atención Paliativa.
- ARTÍCULO 82. Atención Para La Recuperación De La Salud.

Ley 1751 de
2015

- Salud = Derecho Fundamental.

MARCO NORMATIVO

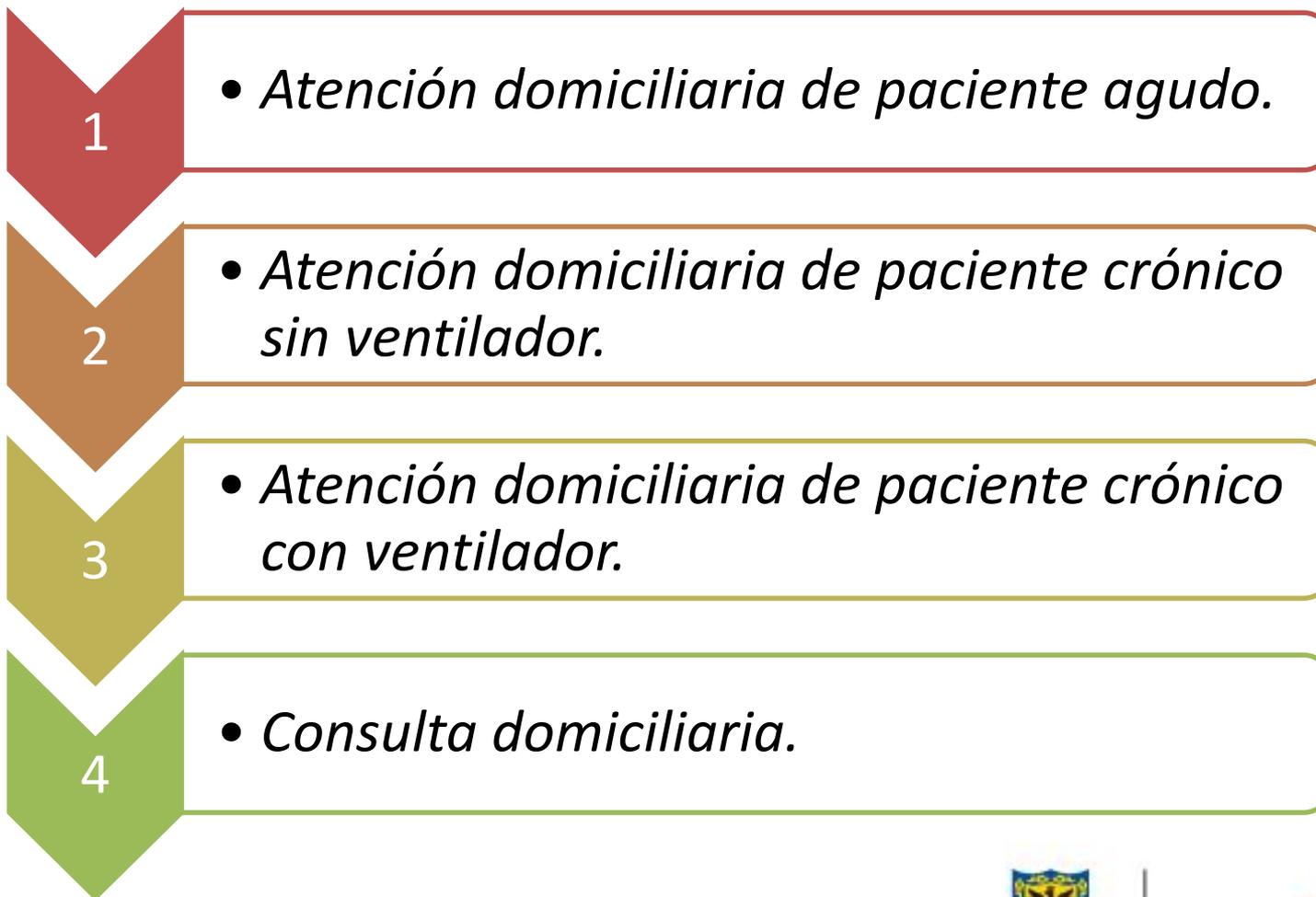
Resolución
2003 de
2014:
habilitación
de
prestadores.

- **NUMERAL 1.2 : OTROS SERVICIOS – MODALIDAD EXTRAMURAL**

- *Servicio independiente y autónomo o dependiente de una IPS para el manejo de pacientes agudos o crónicos en ambiente domiciliario con criterios controlados.*
- *Desarrolla actividades y procedimientos propios de la prestación de servicios de salud, brindándolos en el domicilio o residencia del paciente con el apoyo de profesionales, técnicos o auxiliares de salud y la participación de la familia o cuidador, que requieran un plan individualizado de atención, buscando mantener el paciente en su entorno, con el máximo confort y alivio de síntomas posibles garantizando su seguridad.*

- Incluye:

MARCO NORMATIVO



MARCO NORMATIVO

Ley de cuidados paliativos, 1733 del 8 de Septiembre de 2014.

- se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida.

MARCO NORMATIVO

Ley 1438 de 2011

- En el Título VI, capítulo II el artículo 64, se ocupan del tema de la prestación de servicios de Atención Domiciliaria.

Ley de Cáncer, 1384 del 19 de Abril de 2010.

- Art. 4 numeral b, Art. 8, Art. 10. Que dispone todos los mecanismos que deben implementarse tanto a nivel asistencial intra y extra institucionalmente para el manejo integral del paciente.



BOGOTÁ
MEJOR PARA TODOS

MARCO NORMATIVO

Ley 1122 de
2007

- **Art. 1, 22, 33:** Modelos de atención primaria y atención domiciliaria.

Resolución
5592 de
2015.

- **Art. 8, 27, 68, 82:** Atención domiciliaria, atención paliativa, atención para recuperación de la salud.

Resolución
13431 de
1991

- (Declaración de los Derechos de los Pacientes).

Resolución
1995 de 1999

- (Manejo de la Historia Clínica).



BOGOTÁ
MEJOR PARA TODOS

5. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Establecer los lineamientos para la prestación de servicios de salud en el domicilio manteniendo un enfoque biopsicosocial e integral que fomente y fortalezca la cultura del autocuidado en el paciente y los cuidadores informales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.

- Potenciar el domicilio como lugar de atención, siempre que se considere como el más adecuado en función de la patología y las necesidades de cuidado de cada paciente.

2.

- Mejorar la calidad de vida y de la atención en salud que se presta en domicilio a los pacientes incluidos en el programa.

3.

- Satisfacer las necesidades de los usuarios en la provisión de servicios de salud minimizando o eliminando los riesgos o daños que se puedan producir, mediante la atención en salud en el domicilio del paciente, con calidad técnico-científica.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
MEJOR PARA TODOS

6. DIAGNÓSTICO

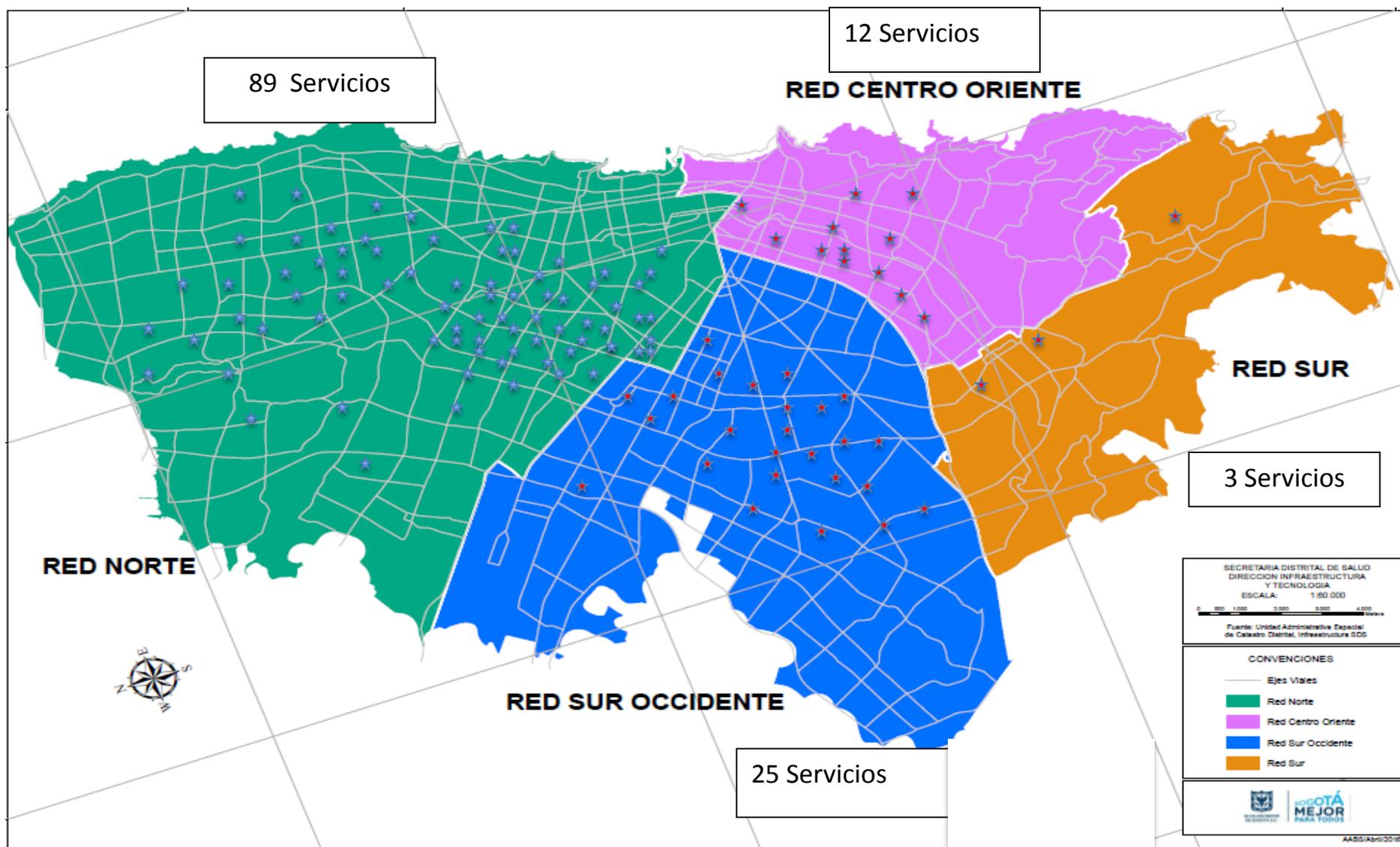
**DIAGNÓSTICO DE OFERTA Y
DEMANDA DE SERVICIOS DE
ATENCIÓN DOMICILIARIA EN EL
DISTRITO CAPITAL
AÑOS 2014 – NOVIEMBRE 2016.**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

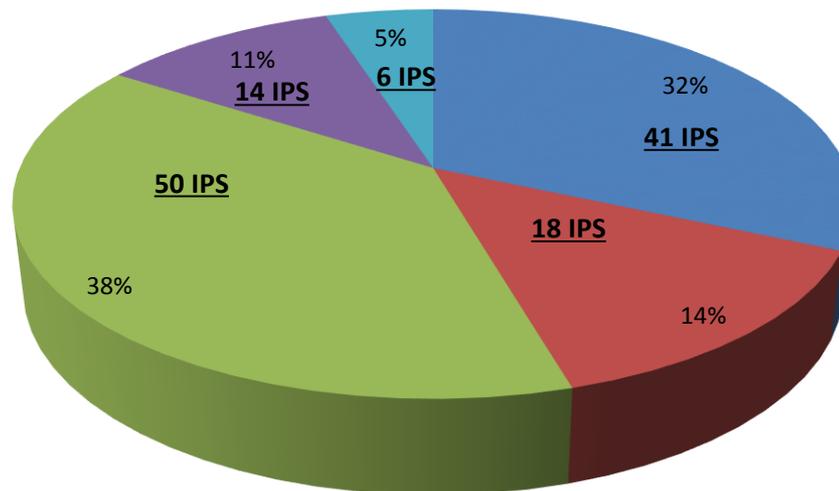
BOGOTÁ
MEJOR PARA TODOS

IPS HABILITADAS PARA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN BOGOTÁ, D.C. corte a Noviembre 2016



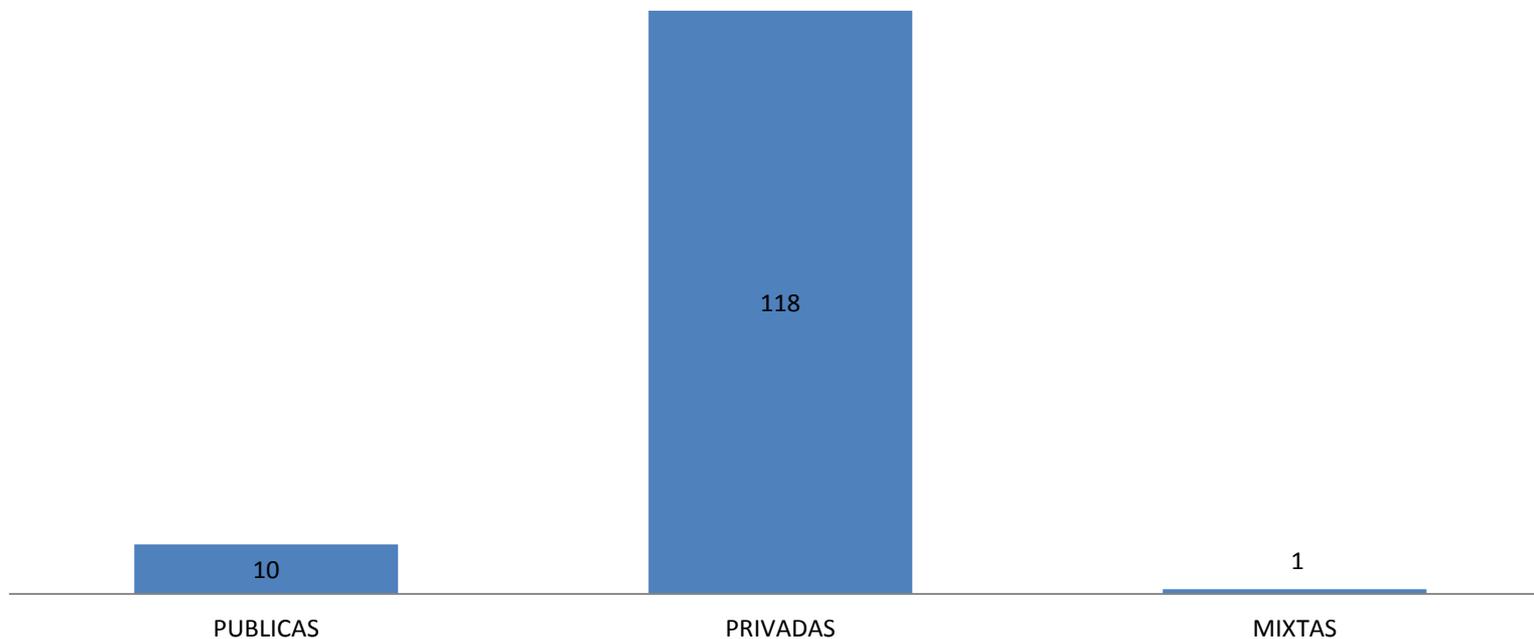
DISTRIBUCIÓN POR COMPLEJIDAD IPS ATENCIÓN DOMICILIARIA EN BOGOTÁ, D.C. NOVIEMBRE DE 2016

- Agudos Baja Complejidad
- Crónicos sin ventilador baja complejidad
- Crónicos con ventilador mediana complejidad
- Agudos Mediana Complejidad
- Crónicos sin ventilador mediana complejidad

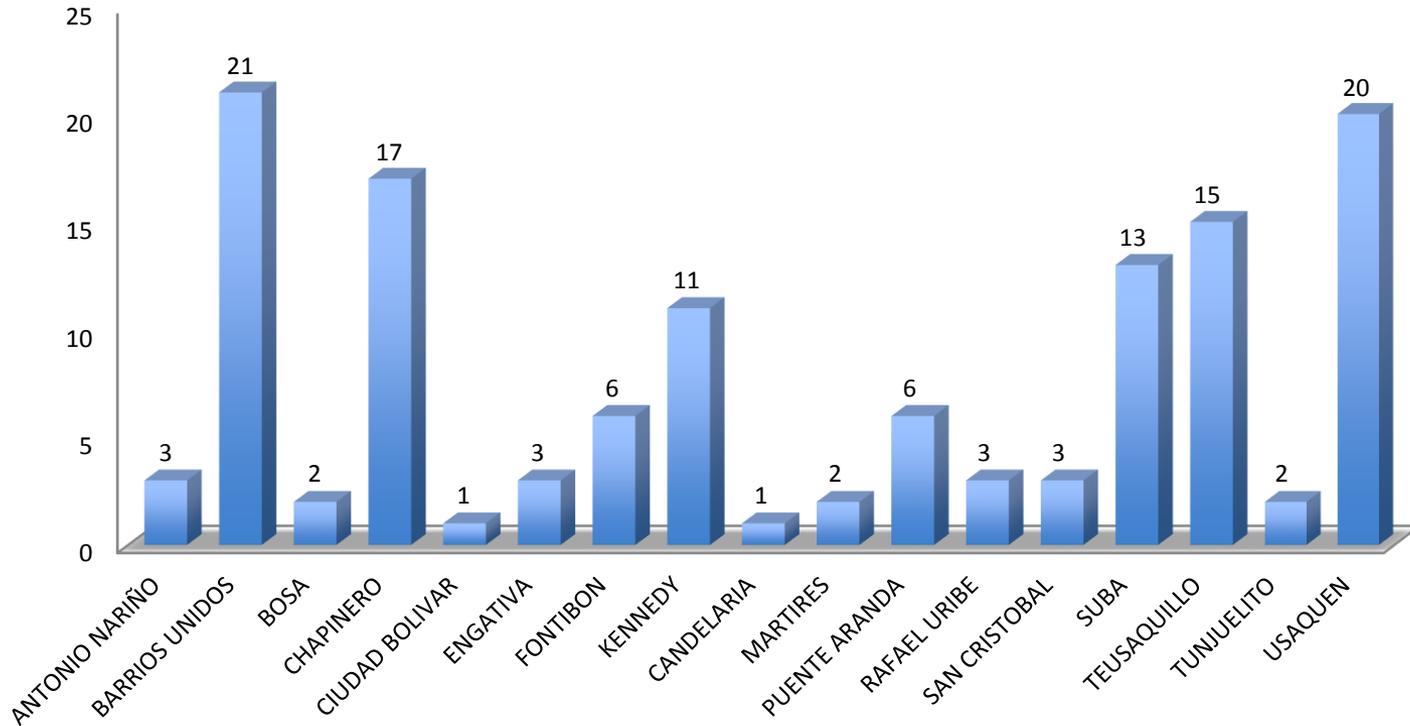


TOTAL : 129 IPS
Habilitadas.

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD CON PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA SEGÚN NATURALEZA BOGOTÁ, D.C. NOVIEMBRE 2016



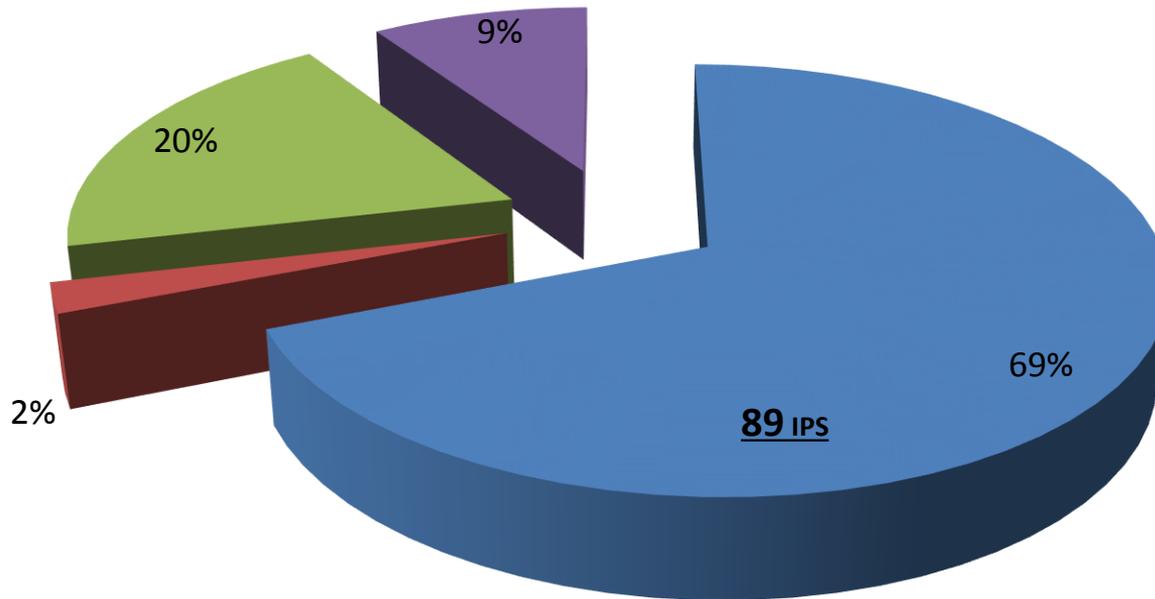
DISTRIBUCIÓN DE IPS CON PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA POR LOCALIDAD EN BOGOTÁ D.C. NOVIEMBRE DE 2016



Encontrando la mayor concentración de IPS en las localidades de Barrios Unidos (16%), Usaquén (16%) y Chapinero (13%).

DISTRIBUCIÓN IPS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA POR REDES EN EL D.C. A NOVIEMBRE 2016.

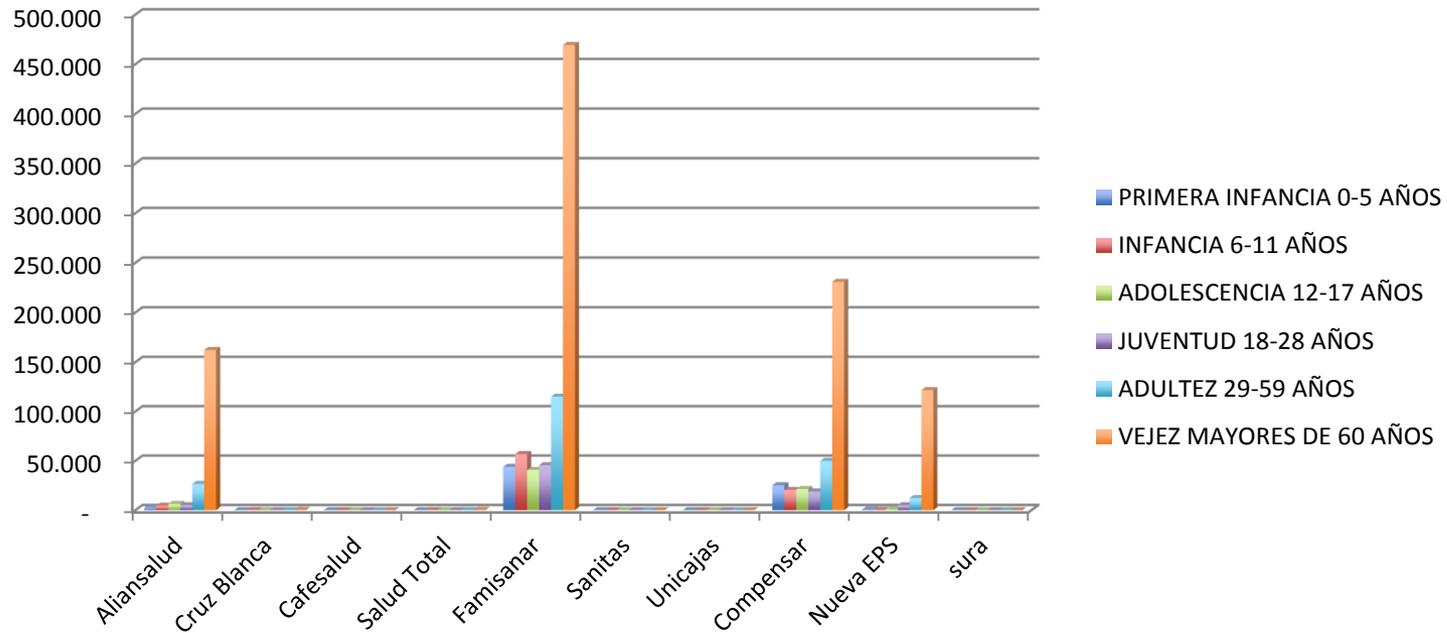
■ RED NORTE ■ RED SUR ■ RED SUR OCCIDENTE ■ RED CENTRO ORIENTE



Número de atenciones de pacientes en Programas de Atención Domiciliaria según reporte de EAPB Bogotá, D.C. 2015 y 2016.

EAPB	TOTAL DE ATENCIONES EN DOMICILIO AÑO 2015	TOTAL DE ATENCIONES EN DOMICILIO ENRO - NOVIEMBRE 2016	TOTAL ATENCIONES ENERO DE 2015 A NOVIEMBRE DE 2016
Aliansalud	15.102	15.594	30.696
Cruz Blanca	541	957	1.498
Cafesalud	1.023	19.637	20.660
Salud Total	387	2.535	2.922
Famisanar	21.775	21.894	43.669
Sanitas	1.062	1.299	2.361
Sura	No hay dato	4.978	4.978
Compensar	118.000	133.061	251.061
Nueva EPS	143.747	190.451	334.198
Unicajas	No hay dato	522	522
Coomeva	No hay dato	No hay dato	No hay dato
Servicios Occidentales de Salud	No hay dato	No hay dato	No hay dato
Salud vida	No hay dato	No hay dato	No hay dato
TOTAL	<i>301.637 Pacientes atendidos por las diferentes EAPB en el 2015.</i>	<i>390.928 Pacientes atendidos por las diferentes EAPB en el 2015.</i>	<i>692.565 Pacientes atendidos durante los años 2015 y 2016 con corte a Noviembre.</i>

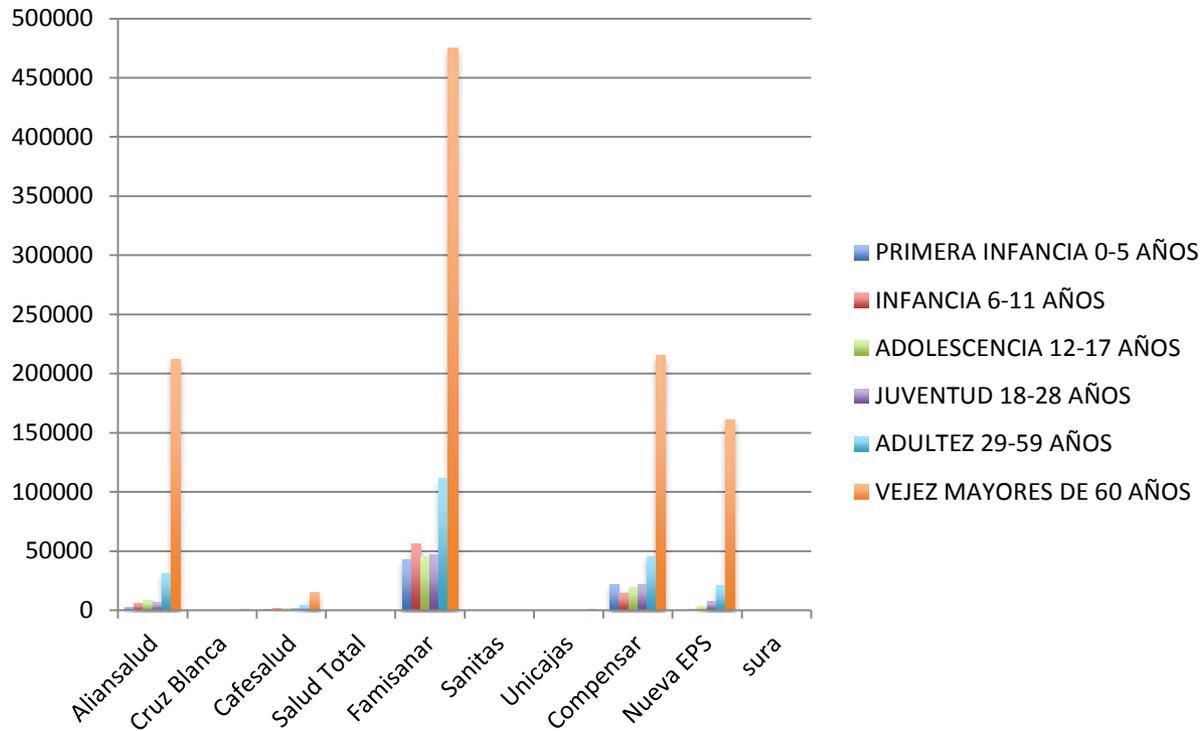
NÚMERO DE ATENCIONES DOMICILIARIAS POR EAPB Y CICLO VITAL BOGOTÁ, D.C. 2015.



Atenciones en el periodo de 2015:

- Primera infancia: 72.696 Atenciones.
- Infancia: 82.789 Atenciones.
- Adolescencia: 70.043 Atenciones.
- Juventud: 74.980 Atenciones.
- Adulthood: 204.114 Atenciones.
- Vejez: 984.898 Atenciones.

NÚMERO DE ATENCIONES DOMICILIARIAS POR EAPB Y CICLO VITAL BOGOTÁ, D.C. 2016.



En el 2016 las diferentes atenciones se distribuyeron así:

Primera infancia: 68.234 Atenciones.

Infancia: 78.326 Atenciones.

Adolescencia: 77.104 Atenciones.

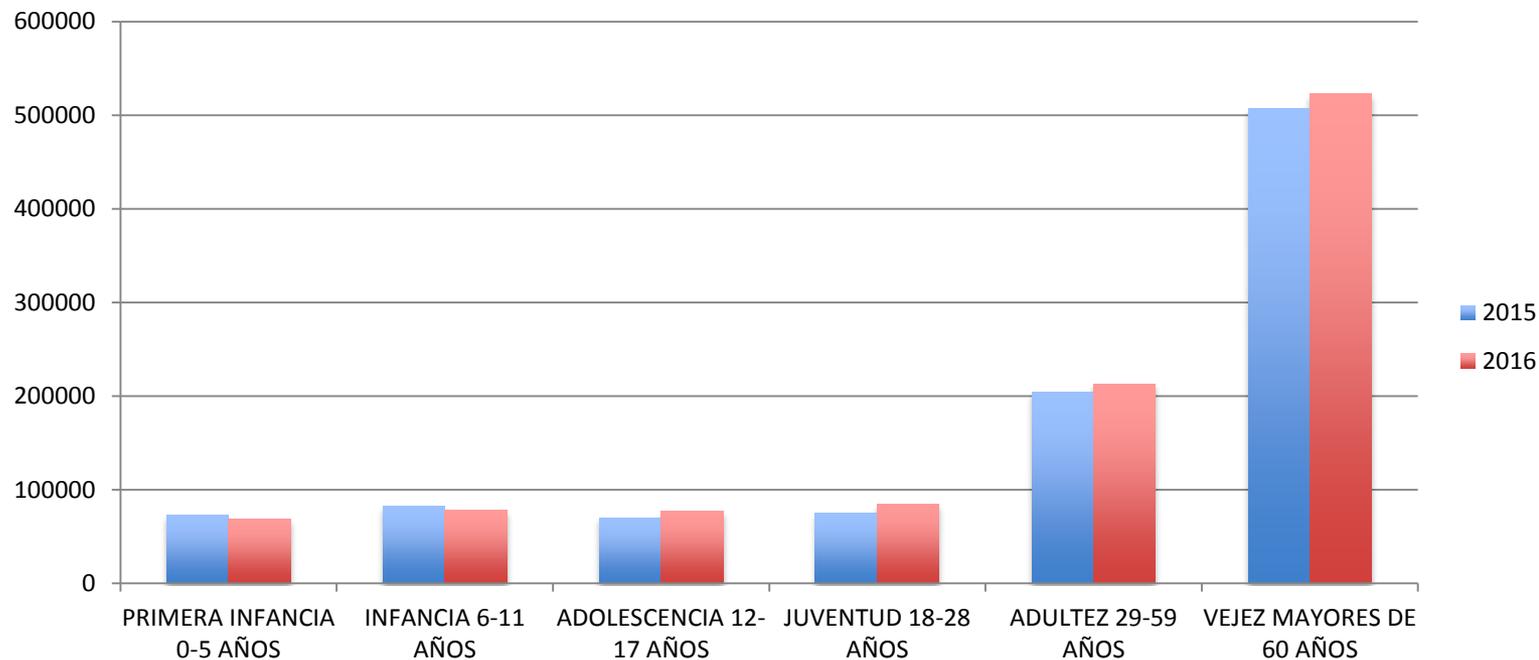
Juventud: 84.376 Atenciones.

Adulthood: 312.209 Atenciones.

Vejez: 1.080.992 Atenciones.

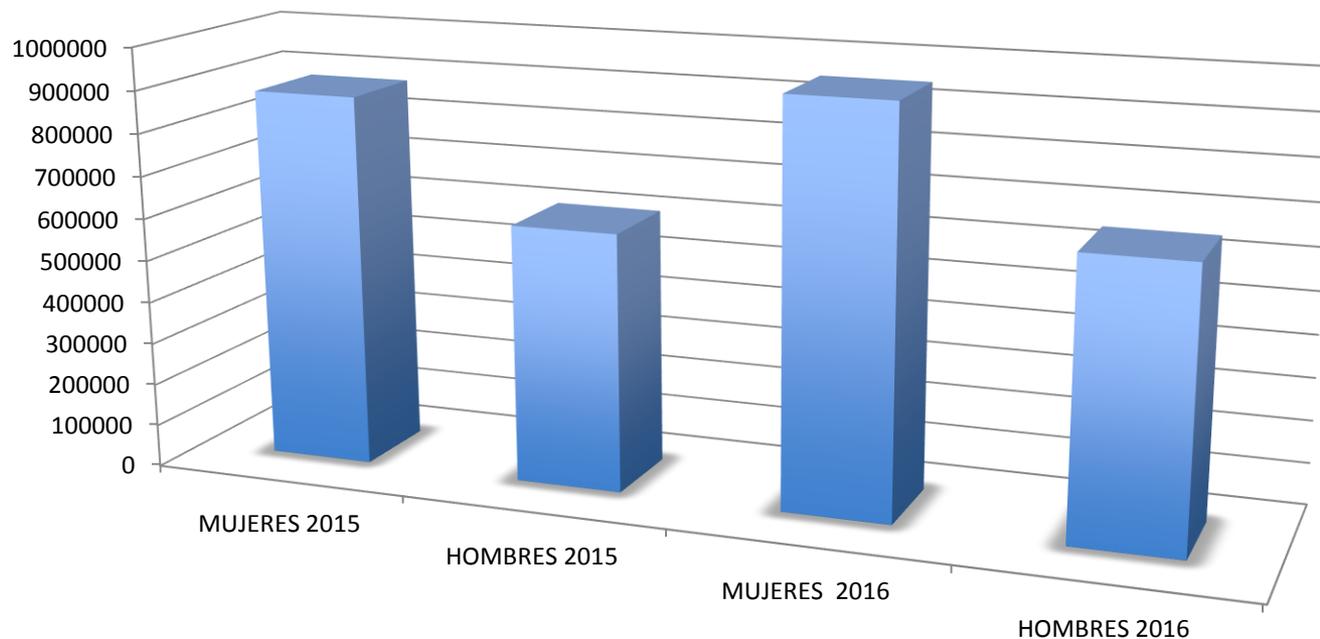


COMPARATIVO DE NÚMERO DE ATENCIONES COMICILIARIAS POR CICLO VITAL BOGOTÁ, D.C. ENERO 2015 A NOVIEMBRE DE 2016



BOGOTÁ
MEJOR PARA TODOS

COMPARATIVO NÚMERO DE ATENCIONES DOMICILIARIAS HOMBRES Y MUJERES ENERO 2015 A NOVIEMBRE 2016



BOGOTÁ
MEJOR PARA TODOS

RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO

- Problemas de cobertura atribuidos a determinantes sociales y de las particularidades propias de las comunidades.
- Los prestadores públicos y privados trabajan separados y por vías distintas limitando en muchos casos el objetivo de dar cobertura universal a los usuarios
- Se encuentran localidades de la ciudad que no cuentan con prestadores en sus diferentes UPZ y las que existen no prestan servicios en muchas de ellas por problemas de accesibilidad, seguridad, entre otras.
- Según la información obtenida a pesar de que no se contó con la información oportuna de algunas EAPB los servicios y programas de Atención Domiciliaria van en crecimiento en el Distrito Capital.
- Cada programa va incrementando y mejorando su portafolio de servicios y cantidad de profesionales que hacen parte de los equipos multidisciplinarios.
- La mayoría de atenciones se dan en el ciclo vital Adultez y Vejez, asimismo predomina la atención a mujeres.

RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO

LOS PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA SON:

Secuelas de Eventos cerebro vasculares.

Manejo de cuadros infecciosos que son sujetos a alta temprana para completar manejo en casa (Infecciones Respiratorias, Infecciones de Tejidos Blandos).

Pacientes crónicos con Hipertensión Arterial.

Enfermedades pulmonares crónicas de diversas etiologías.

Parálisis cerebral.

Secuelas de Hipoxia.

Manejo de pacientes es post operatorios de todos los tipos.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
MEJOR PARA TODOS

7. POBLACION A ATENDER POR EL PROGRAMA

POBLACIÓN

Organización de grupos según enfermedades y lesiones que se consideren prioritarias para la atención domiciliaria en Bogotá, teniendo en cuenta los:

- Grupos sociales de riesgo.
- Enfermedades de alta frecuencia y cronicidad
- Enfermedades prioritarias en salud pública.
- Enfermedades de alto costo.
- Condiciones intolerables para la sociedad.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
MEJOR PARA TODOS

8. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA

ORGANIZACIÓN



ESTRUCTURA

- Equipos multidisciplinarios que operan en la modalidad extramural.
- Intervienen aspectos relacionados con:

- Promoción de la salud.
- Protección específica.
- Tratamiento.
- Rehabilitación.

- realizados con *Oportunidad, Pertinencia, Accesibilidad, Eficacia y Efectividad.*



ESTRUCTURA

- Acciones orientadas:

- Generar bienestar.
- Mantenimiento de la salud.
- Detección de riesgos.
- Tratamiento de la enfermedad.
- Disminución de la discapacidad.
- Rehabilitación y Cuidado Paliativo.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
MEJOR PARA TODOS

ESTRUCTURA

- De acuerdo con lo establecido en el Modelo Integral de Atención en Salud intervendrían como parte de su estructura los **PRESTADORES PRIMARIOS** que actuarán como coordinadores del proceso articulados con los **PRESTADORES COMPLEMENTARIOS** que harán las veces de referentes en el proceso de atención.

ESTRUCTURA

- Equipo de Salud:

PACIENTE AGUDO

- Médico.
- Enfermera.
- Auxiliar de enfermería.

ESTRUCTURA

PACIENTE CRONICO SIN VENTILADOR

Auxiliar de Enfermería bajo la supervisión de enfermera. La permanencia en el domicilio del paciente de la auxiliar de enfermería, será determinada por la institución según la condición del paciente y las guías y protocolos de manejo institucional.

Disponibilidad de **Médico general y Enfermera** con supervisión semanal mediante comité técnico científico.

Disponibilidad de **Médico Especialista y de otros profesionales de la salud generales o especializados**, de acuerdo con la complejidad de los procesos de atención requeridos por el paciente.

Disponibilidad de **Nutrición, Psicología, Terapia Física, Ocupacional y de Lenguaje, odontólogo, higienista oral**.

Familiar o acompañante permanente

Coordinación del programa puede ser por medico general o especialista y se debe realizar comité técnico científico semanal.



ESTRUCTURA

PACIENTE CRÓNICO CON VENTILADOR

Disponibilidad de **Médico general y Enfermera** según el plan de manejo, con supervisión semanal por médico especialista mediante comité técnico científico, el cual tendrá bajo su responsabilidad la coordinación del programa y garantizará evoluciones periódicas del paciente, de acuerdo con su condición de salud.

Cuenta con **Auxiliar de enfermería** en el domicilio del paciente, bajo la supervisión de profesional de enfermería y con certificado de la formación para el apoyo al cuidado del paciente con ventilación mecánica.

Disponibilidad de **Médico Especialista y de otros profesionales de la salud** generales o especializados, de acuerdo con la complejidad de los procesos de atención requeridos por el paciente.

coordinación y supervisión del programa de Atención Domiciliaria, podrá ser realizado por médico general o médico especialista.

Disponibilidad de **nutricionista, psicólogo, terapeuta respiratoria, física, ocupacional y del lenguaje, odontólogo, higienista oral**. Todo el personal cuenta con certificado de formación para el apoyo en soporte vital básico.

Familiar o acompañante permanente.



ESTRUCTURA

CONSULTA DOMICILIARIA

Disponibilidad de Médico General y demás profesionales según lo ofertado por el prestador.

ESTRUCTURA

- Infraestructura en el domicilio:
 - Accesibilidad.
 - Servicios públicos: acueducto, alcantarillado, energía y telefonía fija o móvil.
 - Baño.
 - Área para almacenamiento de residuos generados en la atención para su posterior transporte a la sede de la IPS.
 - Transporte de residuos por parte de la IPS garantizando las normas de Bioseguridad.
 - *Corresponde al prestador evaluar estas condiciones en el domicilio del paciente.*

8. 1. GESTIÓN ADMINISTRATIVA

GESTIÓN ADMINISTRATIVA

- Definen las acciones que deben realizar las aseguradoras y las IPS con el fin de gestionar y prestar los servicios domiciliarios de manera eficiente, pertinente y con altos estándares de calidad.

ASEGURADORAS

Hacer demanda inducida, búsqueda activa.

Facilitar el proceso de autorización para la prestación del servicio.

Garantizar el cumplimiento del plan de tratamiento instaurado.

Mantener canales de comunicación permanente con los prestadores.

Implementar mecanismos de seguimiento y auditoria que permita establecer acciones de mejora continua en aras del bienestar y la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

Definición del equipo responsable de la implementación del servicio.

Definición de las funciones de las diferentes unidades involucradas

Gestionar los recursos requeridos para la prestación de los servicios, los insumos y recursos físicos, oficina con mobiliario, vehículo(s) de acuerdo con el tiempo destinado para cada visita y a la frecuencia (oportunidad) con la que se realizan las mismas.

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

Revisar, y ajustar según lo ofertado las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS, guías y protocolos de atención, orientados hacia las principales patologías que serán atendidas en el domicilio y a los diferentes procedimientos que formaran parte del plan de acción.

Revisión y ajuste del proceso para la selección, formación y apoyo de cuidadores.

Definición del sistema de información, indicadores.

8. 2. GESTIÓN CLÍNICA

GESTIÓN CLÍNICA

- Se definen como procesos de gestión clínica a aquellos que permiten la prestación de la atención a los pacientes incluidos en el programa, dichos procesos se encuentran secuencial y lógicamente organizados, con el objetivo de prestar una atención eficiente y pertinente según sea el caso particular de cada paciente.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
MEJOR PARA TODOS

8. 2. 1. CRITERIOS GENERALES DE INGRESO

PROCESO ASISTENCIAL – CRITERIOS GENERALES DE INGRESO

1.

- Diagnóstico definido, respuesta adecuada al tratamiento instaurado.

2.

- Estabilidad hemodinámica del paciente.

3.

- Firma del consentimiento informado.

4.

- Vivienda cuenta con servicios básicos y medio de comunicación.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
MEJOR PARA TODOS

PROCESO ASISTENCIAL – CRITERIOS GENERALES DE INGRESO

5.

- Domicilio ubicado en área de georreferenciación.

6.

- Contar al menos con un cuidador primario, entendiendo por cuidador primario a aquella persona que conviviendo con el paciente acepta asumir los cuidados básicos en cuanto a alimentación, higiene y administración del tratamiento.

7.

- Aceptación del servicio por parte del paciente y cuidador primario.

ESCALA DE BARTHEL

Actividad	Descripción	Puntaje
Comer	Incapaz	0
	Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	Independiente (la comida está al alcance de la mano)	10
Trasladarse entre la silla y la cama	Incapaz, no se mantiene sentado	0
	Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	5
	Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
	Independiente	15
Aseo personal	Necesita ayuda con el aseo personal	0
	Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	5
Uso del retrete	Dependiente	0
	Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
	Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
Bañarse o Ducharse	Dependiente	0
	Independiente para bañarse o ducharse	5
Desplazarse	Inmóvil	0
	Independiente en silla de ruedas en 50 m	5
	Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10
	Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15
Subir y bajar escaleras	Incapaz	0
	Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	5
	Independiente para subir y bajar	10
Vestirse y desvestirse	Dependiente	0
	Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	5
	Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10
Control de heces	Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0
	Accidente excepcional (uno/semana)	5
	Continente	10
Control de orina	Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0
	Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)	5
	Continente, durante al menos 7 días	10

INTERPRETACIÓN ESCALA DE BARTHEL

PUNTAJE	CLASIFICACIÓN
<20	Dependencia total
20 – 35	Dependencia severa
40 – 55	Dependencia moderada
60 – 95	Dependencia leve
100	Independencia

8. 2. 2. CRITERIOS ESPECÍFICOS DE INGRESO

PATOLOGÍA TERMINAL

Pacientes cuyo proceso cursa con una historia natural que permite establecer un pronóstico en cuanto a *esperanza de vida menor de 6 meses.*

Escasa o nula posibilidad de respuesta al tratamiento curativo.

Pacientes con enfermedad crónica avanzada, limitación funcional y/o inmovilizados complejos.

PATOLOGIA RESPIRATORIA

Enfermedad Pulmonar
Obstructiva Crónica
(EPOC) compensada sin
signos de insuficiencia
respiratoria.

PATOLOGIA RESPIRATORIA

Síndrome de hipoventilación central, síndrome de Ondine o hipoventilación primaria, síndrome de hipoventilación secundaria a trauma, lesión medular traumática alta, mielomeningocele, siringomielia, poliomielitis, esclerosis lateral amiotrófica, Enfermedad de Werdnig-Hoffman, neuropatías, Enfermedad de Charcot-Marie-Tooth, Enfermedad de Dejerine-Sottas, lesiones del nervio frénico, síndrome de Guillain Barre, miastenia gravis y otras alteraciones de la sinapsis, todas las clases de distrofia muscular (de Duchenne, de Becker, escapulohumeral), miotonias (distrofia miotónica de Steiner y distrofia miotónica de Thomsen), miopatías congénitas o metabólicas, dermatomiositis, polimiositis, cifoescoliosis, toracoplastia, enfermedad pleural congénita y hernia diafragmática

PATOLOGIA RESPIRATORIA

Pacientes que requieran ventilación mecánica en domicilio según los siguientes métodos:

- VENTILACIÓN CON PRESIÓN NEGATIVA: pulmón de acero ventilador tipo tanque, coraje, traje ajustado
- VENTILACIÓN CON PRESIÓN POSITIVA: presión positiva intermitente, presión continua de las vías aéreas (CPAP), dos niveles de presión positiva en las vías aéreas (BIPAP), presión de soporte.
- OTROS METODOS: cama de balancín, respiración glossofaríngea, marcapasos diafragmático, neumocinturon.

PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR

Patología cardiovascular compensada sin criterios de traslado o admisión hospitalaria de cualquier etiología (*enfermedad coronaria, arritmias, insuficiencia cardiaca, hipertensión arterial, insuficiencia venosa o arterial con limitación funcional del paciente*) donde se han descartado opciones de tratamiento invasivo como cirugía, trasplante, etc.

PATOLOGÍA HEPÁTICA

hepatopatía crónica documentada en fase avanzada compensada (*cirrosis hepática en estadio C según clasificación de Child*), sin posibilidad de tratamiento radical. El manejo es básicamente sintomático y en el domicilio se pueden realizar técnicas como la paracentesis en caso de ascitis marcada.

PATOLOGÍA RENAL Y METABÓLICA

Insuficiencia renal crónica compensada, sin posibilidad de diálisis y/o trasplante renal.

Diabetes Mellitus, Obesidad mórbida IMC mayor o igual a $40\text{kg}/\text{m}^2$, síndrome metabólico, riesgo de desnutrición, las anteriores patologías deben estar compensadas.

PATOLOGÍA NEUROLOGICA

Demencias en progresión,
enfermedad de Parkinson,
pacientes con secuelas de evento
cerebro vascular sin signos de
agudización que no se beneficien
de terapias hospitalarias.

PATOLOGÍA OSTEO ARTICULAR

Artropatías degenerativas, Personas con limitación funcional importante para desplazarse (condición que les impide salir de su domicilio, salvo casos excepcionales) independientemente de la causa y, que el tiempo previsible de duración de esta dificultad sea superior a dos meses.

OTROS CRITERIOS

Personas que no estando incluidas en los apartados anteriores, pasan la mayor parte de su tiempo en la cama (que sólo pueden abandonar con la ayuda de otras personas).

Pacientes con esquema antibiótico parenteral.

Pacientes que requieran manejo de heridas en postoperatorio, heridas en cierre por segunda intención, úlceras de cualquier etiología, escaras.

Pacientes que requieran Manejo de Ostomias.

OTROS CRITERIOS

- Personas que no estando incluidas en los apartados anteriores, pasan la mayor parte de su tiempo en la cama (que sólo pueden abandonar con la ayuda de otras personas).

- Pacientes con esquema antibiótico parenteral.

- Pacientes que requieran manejo de heridas en postoperatorio, heridas en cierre por segunda intención, úlceras de cualquier etiología, escaras.

- Pacientes que requieran Manejo de Ostomias

9. PROCESO DE ATENCIÓN

PRIMERA VISITA



Verificación de cumplimiento de los criterios de ingreso.



Medico o Enfermera.



Apertura de historia clínica.



Valoración con enfoque biopsicosocial.



Definición de plan de manejo integral .



El tiempo estimado de esta visita es de 60 minutos sin contar los tiempos de desplazamiento.

PRIMERA VISITA



Firma de consentimiento informado.



Se debe 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.



Plan de cuidados e intervenciones por el equipo.

VISITAS DE SEGUIMIENTO

En cuanto a la frecuencia de las visitas se propone una visita cada 30 días para los pacientes con patologías crónicas compensadas, visita cada 15 días para los pacientes en fase terminal de su enfermedad o según criterio de equipo multidisciplinario tratante.

El tiempo de cada visita se calcula en promedio de 45 a 50 minutos, sin incluir el tiempo requerido para los respectivos desplazamientos.

VISITAS DE SEGUIMIENTO

Distinción entre los procesos de Atención Domiciliaria y Hospitalización domiciliaria.

Curaciones el número de visitas depende de la tecnología utilizada para el manejo de las mismas, se realiza visita diaria en el caso de técnica tradicional y cada 3 o 5 días con tecnología especializada.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
MEJOR PARA TODOS

ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DOMICILIARIA SEGÚN COMPONENTE

COMPONENTE ATENCION DOMICILIARIA	ACTIVIDAD ATENCIÓN DOMICILIARIA
Curativo	Cuidado de Heridas de mediana y alta complejidad, Administración de medicamentos Intravenoso –IV-, Nutrición parenteral, Oxigenoterapia.
Rehabilitación	Terapia física, respiratoria, ocupacional, del lenguaje, odontología, higiene oral.
Seguimiento guías, protocolos	Implementación, medición de adherencia, ajuste de protocolos, procesos y procedimientos.
Servicios de Apoyo o enlace	Psicología, Trabajo Social.

APOYO A LA FAMILIA

Organizar grupos de educación para la salud dirigidos a los cuidadores de los pacientes incluidos en el programa.

Programa educativo para los cuidadores que considera: motivación del cuidador, capacitación sobre procedimientos a realizar, capacidad de análisis de diferentes situaciones, identificación de necesidades y como darles solución.

10. EGRESO DEL PROGRAMA

EGRESO DEL PROGRAMA

Pacientes que recuperan la movilidad, que completan esquemas de tratamiento por vía parenteral o cumplen plan de manejo.

Cicatrización o cierre adecuado de úlceras, heridas quirúrgicas u ostomias.

Inestabilidad clínica o complicación generando reingreso a la Institución hospitalaria.

EGRESO DEL PROGRAMA

Fallecimiento del paciente.

Voluntad manifiesta del paciente y /o cuidador de no seguir siendo parte del programa.

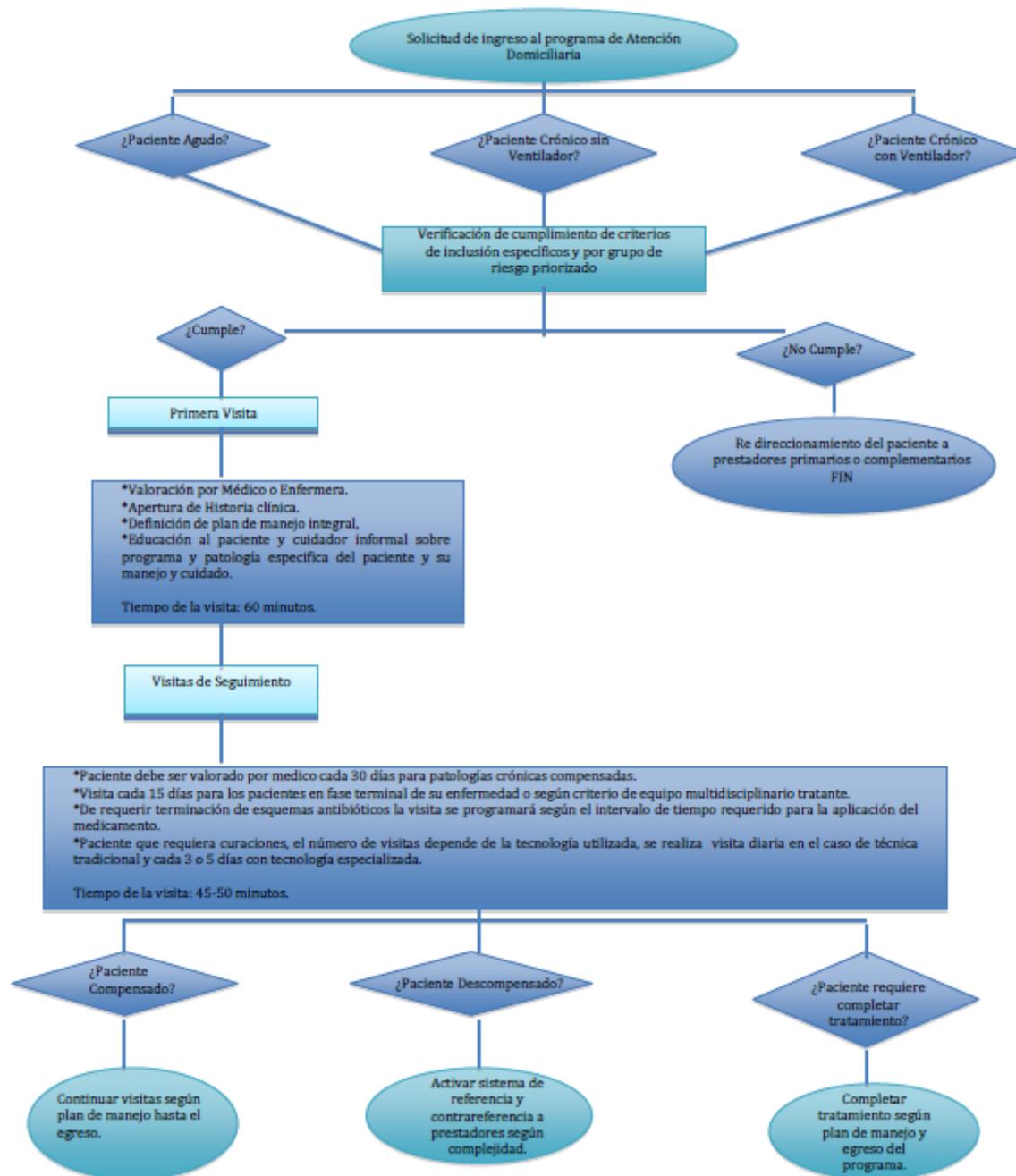
Cambio en el lugar de residencia del paciente.

EGRESO DEL PROGRAMA

El egreso del programa comprende: visita conjunta médico/enfermería previa al alta.

Brindar información al paciente /cuidador del alta del servicio de atención domiciliaria.

Retroalimentar a la coordinación del programa la novedad del egreso y realización de informe del mismo para anexar a la Historia Clínica.



GRACIAS



BOGOTÁ
MEJOR PARA TODOS