

PROYECTO DOMICILIA2: DEL HOSPITAL A LA CASA

Organización: Hospital Universitario Torrecárdenas (Almería)

Área temática 2: Procesos sociosanitarios enfocados a la persona

Contacto:

José María Ibáñez Ortiz.

617947597.

e- mail: josem.ibanez.sspa@juntadeandalucia.es

Autores:

José María Ibáñez Ortiz
Gádor Ramos Bosquet
Miguel Ángel Mingorance Aguado
Francisco Laynez Bretones
M José Duque Marchante
Juan Manuel Miras García
Aurora González Aguilera
Matilde López Martínez
Fernando Jesús Martínez Saldaña
Susana González Gris

INDICE

1. JUSTIFICACIÓN.....	4
2. PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO.....	6
3. ENFOQUE.....	9
4. DESPLIEGUE.....	10
5. RESULTADOS.....	10
6. EVALUACIÓN Y REVISIÓN.....	11
7. CARÁCTER INNOVADOR.....	11
8. DIVULGACIÓN.....	11
9. NIVEL DE APLICABILIDAD.....	12

1. JUSTIFICACIÓN

El progresivo aumento de la población y de su expectativa de vida, unido a los avances científico-técnicos, está generando un incremento de morbilidad y mortalidad por cáncer y otras patologías en los últimos años de la vida.

Los hospitales evolucionan hacia centros de alta tecnología diagnóstica y terapéutica, con estancias cada vez más reducidas para todo tipo de procesos, y desarrollan con este fin nuevas fórmulas asistenciales (unidades de corta estancia, cirugía ambulatoria, consultas de alta resolución, hospitales de día, hospital a domicilio,...) que acaban generando un volumen creciente de enfermos que permanecen en su entorno familiar con más carga de enfermedad y de cuidados. La conjunción de estos factores, entre otros, genera una creciente presión sobre los recursos sanitarios y sociales que trabajan en el entorno domiciliario, así como para los propios cuidadores.

Desde el punto de vista terapéutico y de las preferencias sociales, se resalta la importancia de favorecer al máximo la permanencia de los enfermos en su entorno habitual de vida pero la falta de cuidadores informales (disminución progresiva de familiares en las siguientes generaciones, incorporación de la mujer a la vida laboral, entre otras) y la insuficiente oferta de cuidadores formales se manifiesta por el sufrimiento y la alta demanda asistencial.

La atención domiciliaria constituye un conjunto de actividades de carácter sociosanitario y de ámbito comunitario que se realiza en el domicilio de la persona con la finalidad de detectar, valorar, dar apoyo y hacer un seguimiento de la persona con problemas de salud y de su familia potenciando su autonomía y la calidad de vida siendo en sí misma una actividad humanizadora de la asistencia sanitaria.

Estas unidades proporcionan una atención integral al enfermo de determinadas patologías tanto agudas como crónicas así como terminales permitiendo a los enfermos poder continuar en sus domicilios rodeados de sus familiares y de su entorno, sin por ello dejar de recibir la atención especializada que requieren por su patología.

Esta modalidad asistencial permite al paciente afrontar la enfermedad e incluso la muerte, rodeado de los suyos y desde el punto de vista de la humanización de la sanidad no hay un lugar mejor que el propio domicilio del paciente donde el paciente es el núcleo esencial de la asistencia y se favorece la toma compartida de decisiones.

Nos encontramos ante una nueva realidad y ante el reto de proporcionar a estas personas una asistencia de calidad en su domicilio que trate de satisfacer sus necesidades clínicas,

cognitivas, emocionales y sociales del día a día, o dicho de otro modo, que responda a sus necesidades integrales. Una asistencia que incorpore un enfoque preventivo, para anticiparse al probable deterioro físico, psicológico y social de las personas, manteniendo un estilo de envejecimiento activo y saludable en la medida de lo posible, así como un enfoque evolutivo, para poder ir acompañando a la persona usuaria en sus previsibles cambios.

Los cambios socio demográficos esperables en los próximos años harán que cada vez más personas demanden más servicios domiciliarios.

La atención domiciliaria provee asistencia continuada para responder a las necesidades integrales de la persona en su propio entorno. En este tipo de intervención se incluyen acciones dirigidas a la promoción de la salud, la prevención en la aparición de problemas sociales y sanitarios y la provisión de cuidados y/o apoyos necesarios para la persona mediante un equipo multidisciplinar altamente coordinado en el que se establece una relación de corresponsabilidad con la persona atendida y con los miembros de su entorno afectivo.

Es preciso en este momento diferenciar la atención domiciliaria de la hospitalización domiciliaria, entendiendo que esta última busca proporcionar al paciente una serie de cuidados altamente especializados propios del ámbito hospitalario, con los mismos recursos, instrumentos, personal y calidad, en su entorno domiciliario. Se trata de trasladar al hogar del paciente los servicios y la tecnología necesarios para su tratamiento o recuperación en igual cantidad y calidad que en el hospital, fomentando su participación activa y la de sus familiares o cuidadores en el proceso terapéutico. Además, la atención domiciliaria es un proceso continuado y mantenido en el tiempo frente a una atención más puntual y específica que sería la hospitalización a domicilio.

Los factores que aumentan la probabilidad de atención en el domicilio son los de la elección del paciente, el estado funcional bajo, la capacidad de soporte familiar, la intensidad y de la atención domiciliaria y los recursos en el domicilio. Debemos también distinguir las situaciones de complejidad o crisis en su evolución, actualmente bien identificadas, que son las que requieren la intervención de equipos con mayor experiencia y capacitación.

Todo ello parece indicar que es necesario y, quizás urgente, diseñar e implementar un modelo de atención integral e integrado en el domicilio que incluya a todos los agentes disponibles tales como la atención primaria y especializada en salud, los servicios sociales comunitarios, otros recursos y servicios comunitarios de proximidad, las familias y potenciar la participación comunitaria a través de las asociaciones y voluntariado especializado.

Evidentemente cada uno de estos actores tendrá un papel diferenciado y acorde con sus capacidades y competencia, y será diferente para cada territorio en función de su

disponibilidad. Todo ello redundará en la mejora de los resultados obtenidos en la atención a las personas que lo necesiten, en su bienestar y en la eficacia del sistema.

Para ello sería necesario disponer de una serie de estrategias y herramientas concretas que permitan disponer de un modelo de atención integrada y centrado en las personas que viven en sus domicilios.

Nos referimos al desarrollo de protocolos de coordinación realistas y eficientes entre diferentes niveles asistenciales y el establecimiento y puesta en marcha de todos los instrumentos y mecanismos que faciliten dicha asistencia integral como la historia clínica y social compartida, el establecimiento de canales de comunicación fluidos y rápidos entre los diferentes niveles, reuniones de coordinación y conexión directa con los servicios sociales a través de una figura que ejerza de intermediaria, por señalar algunos ejemplos.

2. PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO

Los objetivos que planteamos con la realización de este proyecto son:

- Lograr el bienestar de los pacientes y familiares que permanecen en el entorno del hogar manteniendo su autonomía y favoreciendo la toma compartida de decisiones.
- Proporcionar los cuidados diagnósticos y terapéuticos de complejidad e intensidad comparables a los que se prestan en régimen de hospitalización convencional.

Como objetivos secundarios:

- Prestar cuidados de calidad desde el punto de vista biopsicosocial.
- Favorecer la investigación con la finalidad de crear un campo propio de conocimientos entorno a la atención domiciliaria.
- Desarrollar actividad docente en el campo de la atención domiciliaria para agudos/crónicos y atención al paciente paliativo.

El **ámbito geográfico** de este proyecto se lleva a cabo en los domicilios y/o residencias de los pacientes de la zona de influencia del Hospital Universitario Torrecárdenas de Almería, una zona que abarca más de 250000 habitantes en la ciudad de Almería y zona metropolitana. Si bien en una primera fase se llevará a cabo en la zona alrededor del hospital con isocrona de 20-30 minutos suficiente para abarcar esa población en una segunda fase puede dar cobertura a una población más amplia.

Los **recursos o agentes** proveedores de la asistencia domiciliaria dependientes del hospital son:

- Servicio de Hospitalización a domicilio para pacientes agudos y/o crónicos
- Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos Domiciliarios de Adultos (ESCPD-a)
- Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos Domiciliarios Pediátricos (ESCPD-p)

La **población diana** son todos aquellos pacientes que requieran de una asistencia especializada o que por su nivel de complejidad haga necesaria la valoración de los pacientes que cumplan los criterios de inclusión en los recursos proveedores de la asistencia domiciliaria. Accederán a este servicio. Solicitarán este servicio a través de enfermera gestora de casos, servicios hospitalarios o atención primaria. El objeto de la atención domiciliaria es mantener o elevar el nivel de salud, mejorar la calidad de vida y el confort, atender y formar a los cuidadores en los cuidados a sus familiares y garantizar una muerte digna.

El **modelo** será multidisciplinar e integral en el plano asistencial y coordinado y colaborativo con otros recursos sociales, residenciales, de apoyo psicológico y espiritual. Asimismo se puede apoyar en asociaciones y el voluntariado. (Anexo 1).

Una vez captado al paciente se realiza una evaluación integral y se coordina a través de la enfermera gestora de casos o bien directamente aquellos recursos que pueden ser necesarios en el domicilio (oxigenoterapia, enfermería de práctica avanzada para el manejo de colostomías o curas complejas, apoyo espiritual o psicológico,..). En nuestro centro disponemos a través de la Obra Social La Caixa psicólogos para la atención de los pacientes paliativos y terminales que se desplazan a domicilio cuando es necesario así como asistencia espiritual de varias creencias religiosas.

La coordinación con otros niveles de asistencia como atención primaria o urgente se realiza a través de reuniones de equipo a fin de dar a conocer el servicio y crear protocolos conjuntos de asistencia.

Recursos materiales:

- Los recursos materiales en cuanto a material fungible y medicación es provisto por el centro hospitalario
- Los desplazamientos de los profesionales se llevan a cabo en coche en dos modalidades según el tramo horario, zona de asistencia, disponibilidad, número de equipos en la calle,..etc.
 - ✓ Vehículo del centro hospitalario ya sea con celador conductor o conduciendo los propios profesionales que asisten.
 - ✓ Taxi

- Teléfonos corporativos, de esta manera se coordinan los diferentes agentes con otros recursos o atienden a los pacientes y/o familiares en las dudas que pudieran surgir teniendo línea directa con los profesionales (médicos y enfermeros) que los atienden diariamente.
- Portátiles y conexión a Internet través de dispositivo usb. Con acceso al sistema de información del Sistema Sanitario Público Andaluz.
- Otros materiales como palos de gotero, infusores, material ortoprotésico...

Recursos humanos:

- Hospitalización a domicilio: 2 médicos y 5 enfermeras
- Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos Domiciliarios: 2 médicos y 2 enfermeras
- Equipo de Cuidados Paliativos Pediátricos: 1 médico y 1 enfermera
- Equipo de psicólogos de Cruz Roja a través de la Obra Social de la Caixa
- Capellán
- Enfermeras gestoras de casos hospitalarias
- Trabajadoras sociales del hospital.

Metodología:

Se llevará a cabo en 4 fases:

1. Fase 1: Planificación

- 1.1. Habilitar espacios, crear informáticamente almacenes de farmacia y materiales
- 1.2. Crear procedimientos y protocolos
- 1.3. Proceso de selección del personal
- 1.4. Buscar soluciones para desplazamientos
- 1.5. Dar a conocer. Publicidad

2. Fase 2: Ejecución

- 2.1. Organización de los intervinientes: rutas
- 2.2. Relaciones con otros recursos
- 2.3. Sistema de registro
- 2.4. Divulgación

3. Fase 3: Consolidación de los equipos/agentes

- 3.1. Investigación
- 3.2. Docencia

4. Fase 4: Exportación/Crecimiento de la unidad

Cronograma/Temporalización:

AÑO 2021		AÑO 2022		AÑO 2023		AÑO 2024		AÑO 2025	
	2 SEMESTRE	1 SEMESTRE	2 SEMESTRE						
	FASE 1	FASE 1/2	FASE 2	FASE 2	FASE2/3	FASE 3	FASE 3	FASE 4	FASE 4

3. ENFOQUE

Es un proyecto con enfoque biopsicosocial y multidisciplinar orientado a la humanización de la atención sanitaria , al fomento de la autonomía y dignidad de las personas atendidas y sus familiares así como a la toma compartida de decisiones.

En el modelo de atención centrado en el paciente, el sistema se organiza en torno a las necesidades y expectativas de salud de las personas y no de las enfermedades. Los servicios sanitarios centrados en la persona consideran las perspectivas de estas personas, sus familias y comunidades, que se convierten en participantes y beneficiarias de los sistemas sanitarios. Estos sistemas responden a sus necesidades y preferencias de forma humana y holística. El modelo no solo requiere que el individuo tenga la educación en salud, sino también el apoyo que necesita para tomar decisiones y participar en su propia atención.

Así pues, este modelo conlleva el abordaje integral del individuo, teniendo en cuenta su dignidad, individualidad y corresponsabilidad y reúne las siguientes características:

- Flexible: permite adaptabilidad futura en función de las necesidades que se van detectando.
- Multidisciplinar: aborda todas las disciplinas que necesita la persona.
- Cooperativo: se basa en la confianza, la comunicación fluida y la colaboración entre todos los agentes implicados.
- Preventivo: se centra en identificar cualquier síntoma para obtener un diagnóstico temprano y un apropiado seguimiento de cualquier patología.
- Proactivo: se trata de un sistema que realiza un seguimiento y acompañamiento sin necesidad de la demanda por parte del paciente.

El modelo de atención centrada en la persona no sólo tiene un efecto en el propio paciente, mejorando su bienestar (mayor prevención, mayor adherencia al tratamiento...), sino que también puede traducirse en un ahorro de costes al reducirse el número de ingresos hospitalarios, el tiempo de estancia hospitalaria y mejorar el aprovechamiento de los recursos humanos y materiales.

4. DESPLIEGUE

De los tres agentes/recursos dependientes del hospital el Equipo de Paliativos Pediátricos es el que más tiempo lleva funcionando. El equipo de soporte de Paliativos de Adultos aunque lleva funcionando más de 10 años no ha dependido de nuestro centro hasta enero de 2022 y el equipo de Hospitalización a Domicilio se crea en Abril de 2022. A partir de esta fecha se ponen en marcha todos los recursos para dar una asistencia coordinada e interdisciplinar.

5. RESULTADOS

De los datos de asistencia en los primeros meses de vida del proyecto conjunto se concluye:

- Se visualiza una tendencia creciente de asistencias conforme se va conociendo la labor de este equipo asistencial nuevo (un 30% más mensual que se mantiene en los últimos 3 meses). En cuanto a Paliativos del análisis de los datos se desprende una demanda procedente de AP y hospitalaria creciente con una curva exponencial en los primeros meses de vida de este proyecto. Y esto considerando que casi exclusivamente se está atendiendo a la demanda de pacientes terminales complejos oncológicos y puntualmente algún no oncológico. También es objetivable en el caso de los paliativos pediátricos.
- El alto volumen de pacientes atendidos en estos meses hace ver la gran demanda de estos cuidados al final de la vida en domicilio.
- La necesidad de ampliar la plantilla de profesionales para dar una respuesta ágil y temprana a las demandas generadas.
- La satisfacción con el servicio es buena (7,8%) o muy buena (93,2%) según encuesta de satisfacción de la Unidad de Hospitalización a domicilio de los 6 primeros meses de funcionamiento (Anexo 2). Asimismo los profesionales de AP (enfermeros, médicos y enfermeros de enlace) nos lo sugieren ya que han detectado que las demandas de visitas domiciliarias y de urgencia han disminuido en estos pacientes desde su entrada en servicio.

6. EVALUACIÓN Y REVISIÓN

Para la evaluación de los resultados se creará un cuadro de mandos con aquellos indicadores creados al efecto para ver la evolución del servicio. Los datos se extraerán del sistema de información de SSPA fruto de los registros de las historias clínicas y de enfermería. Algunos de los indicadores que se utilizan:

1. Estancia Media
2. Ingresos evitados
3. Tasa de Hospitalización a domicilios
4. Reingresos
5. Porcentaje de quejas, reclamaciones y agradecimientos
6. Número de interconsultas
7. Consultas telefónicas
8. Consultas presenciales
9. Visitas de duelo

7. CARÁCTER INNOVADOR

Se trata de un proyecto integrador de todas las unidades domiciliarias dependientes del hospital que aspira a desarrollar unos cuidados médicos y enfermeros de calidad excelente donde se coordinen con todos los recursos sanitarios interniveles, sociales, psicológicos y espirituales poniendo al paciente y la familia en el centro del sistema.

La hospitalización a domicilio es una actividad innovadora en cuanto a que da preferencia a una asistencia domiciliaria y favorece la transferencia del paciente del hospital a su entorno familiar.

8. DIVULGACIÓN

La comunicación y difusión proporciona el conjunto de actividades necesarias para dar a conocer tanto interna como externamente las iniciativas y proyectos acometidos y presentar aquellos resultados obtenidos durante el desarrollo de los proyectos susceptibles de ser comunicados. Este procedimiento está orientado a informar de forma unidireccional a diferentes grupos de interés.

El procedimiento difusión y comunicación persigue los siguientes objetivos:

- Mantener informado al personal interno como a otros recursos interesados, de los avances y resultados obtenidos durante el desarrollo del proyecto.
- Dar a conocer los beneficios que el proyecto aporta generando entendimiento en la necesidad del cambio y favoreciendo la aceptación.
- Generar compromiso y participación de los grupos interesados, involucrándolos en el desarrollo del proyecto.
- Conocer las expectativas del proyecto por parte de los grupos involucrados.

Plan de comunicación:

En la fase 1 y 2 del proyecto se llevará a cabo la divulgación del mismo a fin que sea conocido por todos aquellos que puedan tener contacto con los pacientes susceptibles de ser atendidos por los agentes/recursos domiciliarios en especial servicios de urgencias, diferentes unidades de hospitalización médica y quirúrgica así como residentes de todas las especialidades (MIR y EIR). Asimismo se informará a otros niveles asistenciales (APS y Servicios de Urgencias Extrahospitalarios) y residencias de mayores. En las 3 y 4 se continuará con la comunicación pero en menor medida ya que para entonces el servicio será conocido por la mayor parte de la organización. Para ello se utilizarán los recursos de los que dispone el hospital como son:

1. Folletos, documentos informativos con teléfonos de contacto y criterios de inclusión/exclusión
2. Sesiones clínicas informativas
3. Web del hospital
4. Redes sociales
5. Reuniones interniveles: con atención primaria, enfermeras gestoras de casos, residencias de mayores,..

9. NIVEL DE APLICABILIDAD

Según datos la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre 2015 y 2050 la proporción de la población mundial de personas mayores pasará del 12% al 22% lo que representará el mayor envejecimiento poblacional de la historia.

El progresivo aumento de la población y de su expectativa de vida, unido a los avances científico-técnicos, está generando un incremento de morbilidad y mortalidad por cáncer y otras patologías en los últimos años de la vida.

En cuanto a la población pediátrica, según la PedPal (Asociación Española de Cuidados Paliativos Pediátricos) en 2020 estimaron entorno a 25000 niños los que necesitaron atención paliativa y sólo un 15% la recibieron.

La asistencia a domicilio es una actividad ventajosa desde diferentes puntos de vista:

- *Economía*: Es más barata, se reduce el número de estancias hospitalarias
- *Paciente*: se encuentra en su domicilio, con su familia, horarios de comida no impuestos, puede deambular por su domicilio o incluso salir a la calle, no hay restricciones en cuanto a visitas, se goza de mayor intimidad, se sienten más seguros,...
- *Familiares*: se concilia mejor el cuidado del familiar, las labores del hogar y el trabajo.

El domicilio es el lugar idóneo de atención de enfermos con enfermedades avanzadas y terminales y sus familias, en su entorno social y afectivo. También es el lugar preferido por enfermos y familias durante su proceso y es el ámbito en el que transcurre la mayoría del tiempo la evolución de la enfermedad.

Por lo que si medimos la aplicabilidad en relación a la utilidad o satisfacción de las necesidades de la población resulta un servicio muy útil.

En cuanto a la consecución de los objetivos propuestos son factibles ya que la atención a domicilio mejora la percepción de la atención recibida, disminuye la utilización de los servicios sanitarios y mejora algunas esferas de la calidad de vida.