

**DISEÑO DE UN SERVICIO DE ATENCION DOMICILIARIA PARA ENFERMOS
CON INFECCIONES DE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO**

**LILIANA GOMEZ NAVARRETE
GERMAN MANUEL ORDOÑEZ LOZANO**



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD – ESCUELA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
BUCARAMANGA**

2011

**DISEÑO DE UN SERVICIO DE ATENCION DOMICILIARIA PARA ENFERMOS
CON INFECCIONES DE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO**

**LILIANA GOMEZ NAVARRETE
GERMAN MANUEL ORDOÑEZ LOZANO**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de
ESPECIALISTAS EN ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD.**

Directores

**HERNANDO BALLESTEROS MONSALVE (q.e.p.d.)
NAYDU ACOSTA RAMIREZ**



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD – ESCUELA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
BUCARAMANGA**

2011

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	12
1. FORMULACION DEL PROBLEMA (DIAGNOSTICO)	13
2. OBJETIVOS	15
2.1 OBJETIVOS GENERAL	15
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	15
3. JUSTIFICACION DEL PROYECTO	16
4. MARCO DE REFERENCIA	18
4.1 DEFINICION DE ATENCION DOMICILIARIA	18
4.2 RESEÑA HISTORICA DE LA HOSPITALIZACION DOMICILIARIA A NIVEL MUNDIAL, AMERICA LATINA Y COLOMBIA	19
4.3 MARCO LEGAL	26
4.4 MARCO SOCIAL	33
4.5 MARCO EPIDEMIOLOGICO	33
5. DISEÑO OPERATIVO Y ASISTENCIAL DEL SERVICIO	36
5.1 LINEAMIENTOS GENERALES	36
5.2 ANALISIS DE COSTOS Y ELABORACION DE PRESUPUESTO	38
5.3 ELABORACION DEL PRESUPUESTO	41
5.4 MATRIZ DOFA PROGRAMA PADOM	45
5.4.1 Oportunidades	45
5.4.2 Fortalezas	45
5.4.3 Amenazas	46
5.4.4 Debilidades	46
5.5 PLATAFORMA ESTRATEGICA DEL MODELO DE ATENCION DOMICILIARIA PROPUESTO	47
5.5.1 Misión	47
5.5.2 Visión	47
5.5.3 Valores Corporativos	47

5.4 PROCESOS	48
5.4.1 Administrativos Y Asistenciales	48
5.4.2 Criterios Médicos Y Administrativos De Inclusión Y Egreso Del Padom	49
5.4.2.1 Criterios Médicos De Ingreso Al Programa	49
5.4.2.2 Criterios Administrativos De Acceso Al Programa	50
5.4.2.3 Criterios Médicos De Egreso De Padom	51
5.4.2.4 Criterios Administrativos De Egreso De Padom	52
5.4.3 Conformación Del Equipo De Salud Para Operativizacion Del Padom.	52
5.4.4 Perfiles Y Funciones	53
5.5 HABILITACION DEL ESPACIO FISICO PARA COORDINACION DEL PADOM	58
5.6 PORTAFOLIO DE SERVICIOS	59
5.7 CONSTITUCION DE LA EMPRESA	60
5.7.1 Procedimiento	60
5.7.1.1 Persona Jurídica	60
5.7.1.2 Pasos Previos	61
5.7.1.3 Permisos Ambientales.	62
5.8 REQUISITOS DE HABILITACION DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD QUE APLICAN A LA HOSPITALIZACION DOMICILIARIA.	63
5.8.1 Estándar De Recurso Humano	63
5.8.2 Estándar De Infraestructura Física.	63
5.8.3 Estándar De Dotación Y Mantenimiento	63
5.8.4 Estándar De Procesos Prioritarios Asistenciales	64
5.8.5 Estándar De Historia Clínica Y Registros Asistenciales	65
5.8.6 Estándar De Interdependencia De Servicios.	65
5.8.7 Estándar De Seguimiento A Riesgos En La Prestación De Los Servicios	65
CONCLUSIONES	67
BIBLIOGRAFIA	68
ANEXOS	72

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Tres principales diagnósticos asociados con la hospitalización domiciliaria en diferentes países	22
Tabla 2 Diferencia significativa entre los conceptos de Asistencia domiciliaria y Atención domiciliaria	25
Tabla 3 Población Municipios Área Metropolitana De Bucaramanga - Año 2010	33
Tabla 4 Primeras Causas de Morbilidad Atendida en el Servicio de Hospitalización Santander 2008	34
Tabla 5 Primeras Causas de Morbilidad Atendida en el Servicio de Hospitalización Santander 2008 – Régimen Contributivo Hombres.	34
Tabla 6 Registros De Auditoria Medica IPS Privada Julio 2006 A Abril 2007	39
Tabla 7 Comparativo De Costos Entre Manejo Hospitalario Y Manejo Domiciliario	40
Tabla 8 Presupuesto De Iniciación Padom	42
Tabla 9 Presupuesto Mensual de Funcionamiento PADOM	43
Tabla 10 Análisis del punto de equilibrio y Recuperación de la inversión	44

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO 1 PRESUPUESTO DE INICIACION PADOM	72
ANEXO 2 REGISTRO DE PATOLOGIAS RELACIONADAS CON INFECCIONES DE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO EN UNA IPS PRIVADA DE JULIO DE 2006 A MAYO DE 2007	82
ANEXO 3 PROCESOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA PADOM	95
ANEXO 4 PROCESO DE LA SELECCIÓN Y CONTRATACIÓN DE RECURSO HUMANO	103
ANEXO 5 DIAGNOSTICO Y MANEJO DE LAS LESIONES DE TEJIDOS BLANDOS	104
ANEXO 6 GUIAS DE MANEJO DE ENFERMERIA – PADOM	118
ANEXO 7 PORTAFOLIO DE SERVICIOS	162
ANEXO 8 ANEXOS PADOM	176

RESUMEN

TITULO: DISEÑO DE UN SERVICIO DE ATENCION DOMICILIARIA PARA ENFERMOS CON INFECCIONES DE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO*

AUTOR: LILIANA GOMEZ NAVARRETE
GERMAN MANUEL ORDOÑEZ LOZANO**

PALABRAS CLAVES: Atención domiciliaria, infección de piel, tejido celular subcutáneo

DESCRIPCION DEL CONTENIDO:

Las Infecciones de Piel y Tejido celular subcutáneo se ubican entre las diez primeras causas de egreso hospitalario en Santander (Observatorio de Salud en los últimos años) y en una IPS privada de Bucaramanga se corroboró mediante seguimiento estadístico, con estancias hospitalarias prolongadas, altos costos para las Aseguradoras, baja rotación y menor disponibilidad de camas para la demanda en otras patologías.

El programa denominado PADOM es una propuesta para establecer alianzas duraderas con las Empresas contratantes, que atienda su demanda para atención de enfermos con estas patologías específicas en el régimen contributivo, mediante un enfoque distinto en el modelo de atención en salud manteniendo los mismos beneficios de la atención hospitalaria a menor costo; para los pacientes y sus familias beneficios adicionales en salud, comodidad, menores riesgos y para las aseguradoras ahorro, optimización de recursos, mejoría de oferta de camas en la Ciudad. La capacitación y motivación del personal de salud a nivel hospitalario generaría conocimiento de las bondades del programa y colaboración para la detección e inclusión de pacientes.

Con base en presupuestos de iniciación y funcionamiento por tres meses, tiempo en el cual se supone inicia el retorno económico por las empresas contratantes, se definió un punto de equilibrio y una tarifa de fácil cumplimiento. Se operativizó mediante criterios médicos y administrativos de ingreso y egreso al programa, protocolos médicos ajustados a la evidencia científica; una plataforma estratégica, procesos de atención bien estructurados con altos niveles de calidad, integralidad y humanización que diferencien la atención y garanticen su permanencia y expansión en el mercado, con una rentabilidad esperada.

* Tesis

** Facultad de Salud. Escuela de Medicina. Departamento de Salud Pública. Especialización en Servicios Integrados de Salud. Director Hernando Ballesteros Monsalve (Q.E.P.D.), Naydu Acosta Ramírez

SUMMARY

TITLE: DESIGN OF A HOME CARE FOR PATIENTS WITH INFECTIONS OF SKIN AND SUBCUTANEOUS TISSUE CELL *

AUTHOR: LILIANA GOMEZ NAVARRETE
GERMAN MANUEL ORDOÑEZ LOZANO**

KEY WORDS: Home care, infection of skin, subcutaneous tissue

CONTENT DESCRIPTION:

Infections of skin and subcutaneous tissue are among the ten leading causes of hospitalization in Santander (Observatory of Health in recent years) and a private IPS Bucaramanga was corroborated by statistical monitoring with prolonged hospital stays, high costs Insurers, low turnover and reduced availability of beds for the demand in other pathologies.

The program called PADOM is a proposal to establish lasting partnerships with the contracting company, that meets the demand for care of patients with these specific pathologies in the contributory regime, by a different approach in the health care model while maintaining the same benefits of lower-cost hospital care, for patients and their families additional benefits in health, comfort, reduced risk and insurance savings, resource optimization, improved supply of beds in the City. Training and motivation of health personnel in hospitals generate awareness of the benefits of the partnership program and for the detection and inclusion of patients.

Based on initiating and operating budgets for three months, time which is supposed to start the economic return for the hiring companies, we defined a point of equilibrium and rate enforceable. Was operationalized by medical and administrative criteria and exit the program income, adjusted for medical protocols scientific evidence, a strategic platform, well-structured service processes with high levels of quality, comprehensiveness and humanization which separate attention and ensure their retention and expansion market, with an expected return.

* Thesis

** Faculty of Health. School of Medicine. Department of Public Health. Specialization in Integrated Health Services. Director Hernando Ballesteros Monsalve (Q.E.P.D.), Naydu Acosta Ramírez

INTRODUCCION

Las Infecciones de Piel y Tejido celular subcutáneo generan en la actualidad estancias hospitalarias prolongadas, altos costos de atención y baja rotación de camas, situación que se evidencia en el seguimiento estadístico en una IPS privada de patologías relacionadas, la cual se incluye en el presente análisis.

Teniendo en cuenta el porcentaje ocupacional de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el área metropolitana de Bucaramanga, se diseñó el presente proyecto como alternativa de manejo para una patología específica basado en un modelo distinto de atención en salud.

Se plantean los elementos fundamentales para la conformación de una empresa que administre este modelo de atención domiciliaria teniendo como segmento de población objeto a la población de régimen contributivo mayor de 10 años.

1. FORMULACION DEL PROBLEMA (DIAGNOSTICO)

La infección de piel y tejidos blandos es una patología muy relevante para nuestro departamento, ya que esta ocupa en Santander la sexta causa de egreso hospitalario en el régimen contributivo según el Diagnóstico de salud del año 2006, mientras que en el diagnóstico del año 2007 esta patología se ubicó dentro del régimen contributivo como undécima causa de egreso hospitalario en mujeres y sexta causa en hombres. Recientemente en el diagnóstico del año 2009 se ubica para la población del régimen contributivo como la octava causa de egreso hospitalario en mujeres y la segunda causa en hombres. A su vez, en una Institución privada de la Ciudad de Bucaramanga que atiende Pacientes de régimen contributivo la Infección de piel y tejidos blandos se ubicó en la cuarta causa de egreso en el año 2006, lo cual generó una alta demanda de camas hospitalarias y estancias prolongadas en la atención de estas patologías, con la consecuente baja rotación de camas. Este fenómeno conlleva a un bajo rendimiento económico para la entidades hospitalarias y para las aseguradoras mayores costos por usuario.^{1, 2, 3}

Así, el no implementar un servicio de atención domiciliaria para este tipo de patologías se traduce en un uso ineficiente de los recursos, se expone al paciente a contraer infecciones intrahospitalarias debido a las estancias prolongadas y se pierde el beneficio del apoyo familiar como está sustentado en estudios que se mencionarán posteriormente.

¹ Observatorio de Salud Pública de Santander. Indicadores de Morbilidad atendida de los años 2006, 2007 y 2009. Disponible en: http://www.saludsantander.gov.co/web/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=110&Itemid=3. Consultado en julio de 2011.

² Registros epidemiológicos en una Clínica privada en la Ciudad de Bucaramanga. 2010.

³ COAST J, Richards SH, PETERS TJ, GUNNELLI DJ, DARLOW MA, POUNSFORD J. Hospital at home or acute hospital care. A cost minimisation analysis. BMJ 1998; 316:1802-6.

Dentro de ese contexto la pregunta que aborda este trabajo es: ¿Qué aspectos deberían considerarse para la estructuración de un servicio de atención domiciliaria para enfermos con enfermedades infecciosas de piel y tejido celular subcutáneo?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar un servicio de atención domiciliaria para pacientes con enfermedades infecciosas de piel y tejido celular subcutáneo, la cual se constituya en una propuesta técnica para suplir la demanda que de este servicio tienen las EPS del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Elaborar una revisión de la casuística de enfermedades infecciosas de piel y tejido celular subcutáneo, presentada en una Institución y en un lapso de tiempo definidos, para determinar los problemas relacionados con la prestación del servicio y los costos del mismo.
- Proponer un modelo de atención que brinde los mismos beneficios de la atención hospitalaria a menor costo.
- Diseñar una estructura operativa y asistencial para atención médica y paramédica de enfermos con infecciones de piel y tejido celular subcutáneo.
- Desarrollar un portafolio de servicios como mercadeo del servicio de atención domiciliaria para enfermos con infecciones de piel y tejido celular subcutáneo.

3. JUSTIFICACION DEL PROYECTO

Con este proyecto pretendemos analizar y generar un modelo de prestación de un servicio en un área específica: la atención domiciliaria de pacientes con patologías infecciosas de piel y tejidos celular subcutáneo. Su importancia radica en generar un impacto positivo en una de las primeras causas de morbilidad por egreso hospitalario según diagnósticos de salud de Santander en los años 2006, 2007 y 2009, una de las mayores causas de estancias prolongadas y baja rotación de camas hospitalarias en las Clínicas privadas de la Ciudad de Bucaramanga y que además genera altos costos para las Aseguradoras en general en Colombia.

Se requiere desarrollar un modelo de prestación de un servicio de salud domiciliaria que cumpla técnicamente con la terapéutica requerida para el manejo del enfermo con patología de piel y tejido celular subcutáneo que tenga como características primordiales la integralidad y una visión humanizada incluyendo la promoción, protección y curación en su domicilio y por lo tanto genere beneficios sociales a los pacientes y paralelamente contribuya a una disminución de los costos de atención de estas patologías para las entidades aseguradoras.

Es importante diseñar este modelo dentro de una política administrativa basada en procesos definidos, acorde con este enfoque gerencial moderno, que permita propender por un margen de rentabilidad que garantice su expansión y permanencia en el mercado de los servicios de salud de la región y del país.

El Dr. Néstor Bustamante, pionero en Latinoamérica en la implementación de servicios de hospitalización domiciliaria ha descrito las bondades del manejo domiciliar en la recuperación de los pacientes, con alto grado de satisfacción del

Usuario y reducción de costos.⁴ Beneficios que ofrece la propuesta metodológica de atención domiciliaria que se desarrollará en este trabajo para la ciudad de Bucaramanga.

⁴ BUSTAMANTE RAMIREZ, Néstor. La hospitalización domiciliaria. Descripción y análisis del modelo de atención, abril 2006 Revista el Hospital digital. Hospital Metropolitano de Santiago (HOMS) Santiago de los Caballeros, República Dominicana. Disponible en: www.elhospital.com/eh/secciones/EH/ES/MAIN/IN/ARCHIVO/ARTICULOS/doc_46429_HTML.html?idDocumento=46429. Consultado el 3 de Julio de 2011.

4. MARCO DE REFERENCIA

4.1 DEFINICION DE ATENCION DOMICILIARIA

Se define Hospitalización domiciliaria a un programa de prestación de servicios por parte de un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud, que teniendo en cuenta la evidencia científica de resultados favorables en el tratamiento de las enfermedades a nivel domiciliario, brinda al paciente un servicio similar al que se daría intrahospitalariamente, con la diferencia de que lo recibe permaneciendo en la comodidad de su hogar con las adecuaciones necesarias que permitan brindar un servicio sin exponer al paciente a riesgos adicionales al de su propia condición de salud y con el ahorro de costos hospitalarios para la empresa administradora de servicios.⁵

La tendencia mundial va hacia el tratamiento domiciliario de múltiples patologías incluyendo postquirúrgicos y enfermedades infecciosas, como estrategia de mejoramiento en la calidad de la atención en salud a los pacientes, reducción de las estancias hospitalarias y sus consecuencias tanto psicoafectivas, como del riesgo de infecciones nosocomiales.

La Dra Minardi Mitre Cotta resalta el carácter transitorio de la Hospitalización Domiciliaria, por tener una duración limitada en tanto se produce la circunstancia del alta, sea por mejoría o cura, éxito, estabilización del proceso patológico, reingreso al hospital ó transferencia al servicio de atención primaria. Refiere que los pacientes que se benefician de este tipo de atención son aquellos que aún cuando no necesitan toda esa infraestructura hospitalaria para su tratamiento,

⁵ Autores del proyecto.

requieren cuidados que superan en complejidad a los prestados por la atención primaria de salud.⁶

Por otro lado, diferentes autores han argumentado que la Hospitalización Domiciliaria, al permitir un uso más adecuado y racional de los recursos, tiende a disminuir los costos en salud. La práctica de la atención en el domicilio aumenta la disponibilidad de camas y acorta los periodos de internamiento en los hospitales. Adicionalmente los costos de la Hospitalización Domiciliaria son menores que las inversiones necesarias para crear camas hospitalarias o para la ampliación o construcción de hospitales.^{7, 8}

Diversos estudios presentados en el XXVII congreso Mundial de Medicina interna, realizado en Granada – España en Septiembre de 2004, presentan evidencia de que la atención hospitalaria en el propio domicilio del paciente reduce la mortalidad y los reingresos en los centros hospitalarios, al tiempo que favorece una mayor disponibilidad de camas libres en estos.^{9, 10}

4.2 RESEÑA HISTORICA DE LA HOSPITALIZACION DOMICILIARIA A NIVEL MUNDIAL, AMERICA LATINA Y COLOMBIA

El incremento de la demanda de servicios de Salud, la necesidad del control de los gastos, los cambios demográficos (representados en un mayor crecimiento de la

⁶ MINARDI MITRE, Cotta R, MORALES SUÁREZ Varela M, LLOPIS GONZÁLEZ, A, COTTA FILHO, JS, REAL, ER, DÍAZ RICÓS, JA. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. Rev Panam Salud Pública 2001;10(1):45-55. Disponible en: www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias/atencaoasaude/dd%20%20hospitaliza%C3%A7%C3%A3o%20domiciliar.pdf. Consultado en Julio 2011.

⁷ Ibíd.

⁸ COAST, J. RICHARDS, SH, PETERS, TJ, GUNELL, DJ, DARLOW, MA, POUNSFORD, J. Hospital at home or acute hospital care. A cost minimization analysis, BMJ 1998;316:1802-6. www.bmj.com/contents/316/7147/1786.short/reply. Julio 2011.

⁹ EXTREMERA, Blas, Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). La hospitalización en el domicilio reduce la mortalidad y los reingresos. 2006

¹⁰ XXVII Congreso mundial de Medicina Interna. 26 de Septiembre al 1º de Octubre. Granada – España 2004. Disponible en: www.fesemi.org/publicaciones/boletines/boletin_6.pdf. Julio 2011.

población de tercera edad), los cambios en los patrones de morbilidad y la constante innovación tecnológica, están estimulando la creación y difusión de nuevas formas de asistencia y atención hospitalarias.¹¹

La primera experiencia de hospitalización a domicilio la llevó a cabo el Dr. Bluestone, del Hospital Montefiori de Nueva York en 1947, mediante un modelo de hospitalización que llamó *Home care*. Las razones para crear esta unidad de Hospitalización Domiciliaria eran descongestionar las salas hospitalarias y brindar a los pacientes un ambiente más humano y favorable a su recuperación. A partir de entonces se repitió la experiencia en otras ciudades de los EE.UU y Canadá. En 1957, la Asistencia Pública de París puso en marcha un servicio de este tipo; se creó en esa misma época el servicio de salud (Santafé Service) con objeto, en principio, de recibir pacientes con enfermedades neoplásicas del Hospital de Villejif, y se implantó en 1968 en la misma región parisina una tercera organización de hospitalización a domicilio, que crea servicios en todas las principales ciudades francesas.¹²

Desde entonces ha habido múltiples experiencias de este tipo en Norteamérica como en Europa, con estructuras y procedimientos adaptados a cada sistema nacional de salud.

A partir de los años sesenta en Canadá comenzaron a funcionar servicios de Hospitalización Domiciliaria orientados a pacientes quirúrgicos dados de alta tempranamente. En Hospitales de Montreal se realizó en 1987 una experiencia piloto (bautizada Hospital extra-mural) que consistía en la administración y control de antibióticos parenterales en el domicilio de pacientes con problemas agudos.¹³

¹¹Ibíd.

¹² GUILLÉN LLERA, Francisco. Manual de Geriatría. Salgado Alba 3ª edición- Masson. Barcelona. Pág. 190- 196.

¹³Ibíd. Pág. 198.

Sin embargo la Hospitalización Domiciliaria tardó casi una década en empezar a desarrollarse en otros países de Europa. En Reino Unido fue introducida en 1.965 con el nombre de Hospital Care at Home (Atención Hospitalaria en el Hogar). En Alemania y en Suecia fue desarrollada durante los años setenta y en Italia (con el nombre de Ospedalizzazione a Domicilio) recién a comienzos de los años ochenta.

El desarrollo de la Hospitalización Domiciliaria en Europa ha sido irregular por lo que la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud coordina desde 1996 el programa From Hospital to Home Health Care (Del Hospital a la atención de la Salud en el Hogar), dirigido a promover, estandarizar y registrar más adecuadamente esta modalidad asistencial.

La literatura sobre el tema también indica que los países difieren en el uso de la Hospitalización Domiciliaria según el diagnóstico de los pacientes (cuadro 1), siendo los tumores y las enfermedades del aparato circulatorio las dos principales causas de hospitalización en el domicilio (con excepción de Québec, que atiende una población más joven).

Tabla 1 Tres principales diagnósticos asociados con la hospitalización domiciliaria en diferentes países¹⁴

PAIS	DIAGNOSTICO 1	DIAGNOSTICO 2	DIAGNOSTICO 3
Canadá	Enfermedades del aparato circulatorio	Enfermedades de piel	Enfermedades del aparato respiratorio
Estados Unidos	Enfermedades del aparato circulatorio	Enfermedades endocrinas y metabólicas	Tumores
España	Enfermedades del aparato respiratorio	Enfermedades del aparato digestivo	Enfermedades del aparato circulatorio
Francia	Tumores	Enfermedades del aparato circulatorio	Enfermedades del sistema nervioso
Reino Unido	Trastornos ortopédicos	Trastornos ginecológicos	Pacientes en fase terminal

Fuente: Rosángela Minardi Mitre Cotta., María Morales Suárez-Varela, Agustín Llopis González, José Sette Cotta Filho, Enrique Ramón Real y José Antonio Días Ricós. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. Revista Panam Salud Pública/Pan AmJ Public Health 10(1), 2001.

El modelo Francés es el más conocido porque impulsa paralelamente las dos modalidades conocidas de servicios de salud en el hogar: la Hospitalización Domiciliaria y la Atención Primaria a Domicilio.

En América Latina, el modelo ha tenido un impulso importante, como una herramienta para la optimización del uso de los recursos hospitalarios, manteniendo un alto nivel de resolución y satisfacción de los usuarios a costos razonables.¹⁵

¹⁴MINARDI MITRE, Cotta R, MORALES SUÁREZ, Varela M, LLOPIS GONZÁLEZ, A, COTTA FILHO, JS, REAL, ER, DÍAZ RICÓS, JA.. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. Revista Panam Salud Pública 2001. www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias/atencaoasaude/dd%20%20hospitaliza%C3%A7%C3%A3o%20domiciliar.pdf

Ultimo acceso a la página 04 Julio 2011. Pág. 47

¹⁵Ibíd. Pág. 45-55.

La Corporación de Médicos para Chile organizó en Mayo del 2003 el Seminario “ Perspectivas de la Hospitalización Domiciliaria en Chile” donde participaron más de 120 profesionales del área de la salud provenientes de diversas regiones del país y relacionados con los ámbitos tanto público como privado. Se analizó la perspectiva económica llegando a la conclusión que atender a un paciente en un nivel más complejo cuando la resolución de su problema de salud se puede lograr en un nivel más básico, hacen que los costos de esa patología se eleven considerablemente.

Además se trataron de establecer los componentes críticos en la disminución de los costos encontrándose que el día/cama y los recursos humanos constituyen los elementos más importantes en la optimización de recursos cuando se utiliza la Hospitalización Domiciliaria como alternativa de tratamiento.

En Marzo del 2004 la Corporación de Médicos para Chile presentó un Proyecto de Hospitalización Domiciliaria al Ministerio de Salud con un completo análisis de los requerimientos técnicos, administrativos y organizacionales para esta modalidad de hospitalización.^{16, 17}

¹⁶Proyecto de Reglamento de Hospitalización domiciliaria. Grupo de Desarrollo de la Hospitalización domiciliaria. Corporación Médicos para Chile. Marzo de 2004.

¹⁷ Seminario “Perspectivas de la Hospitalización Domiciliaria en Chile”, Corporación Médicos para Chile. Mayo de 2003.

En Argentina las primeras instituciones que implementaron servicios de internación domiciliaria fueron hospitales que lo utilizaban como extensión hospitalaria. Entre ellos el Hospital Privado de la Comunidad de Mar de Plata, que continúa con el servicio y el Hospital Castex de San Martín para el servicio de traumatología. Posteriormente, en Casa fue creada en 1991 por un grupo de médicos clínicos del Hospital Italiano en asociación con otros profesionales.¹⁸

En Colombia se normatizó mediante la Resolución 1043 de 2006 los estándares del Sistema único de habilitación e implementación del componente de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención, con el que se definen lineamientos obligatorios para la prestación de atención domiciliaria.¹⁹

No se hallaron estudios de importancia relacionados con la hospitalización domiciliaria en Santander, solo se encontró información publicitaria de los distintos programas existentes en las Empresas Promotoras de Salud para prestación de servicios de Asistencia domiciliaria.

En conclusión los enfoques anteriormente mencionados dejan ver una diferencia significativa entre los conceptos de Asistencia domiciliaria y Atención domiciliaria, cuyas diferencias nos permitimos plantear así:

¹⁸ CARVAJAL, Carlos. "Apuntes sobre los orígenes de la internación domiciliaria en Argentina" Boletín de internación domiciliaria (4). Buenos Aires. Febrero de 2000.

¹⁹ Resolución 1043 de 2006. Minprotección social – Colombia.

Tabla 2 Diferencia significativa entre los conceptos de Asistencia domiciliaria y Atención domiciliaria

ASISTENCIA DOMICILIARIA	ATENCION DOMICILIARIA
Actividad a demanda	Actividad programada
Trabajo individual	Trabajo en equipo
Abordaje del enfermo con una visión parcializadora de la persona	Abordaje del enfermo con una visión integral de la persona
"Resuelve" exclusivamente problemas puntuales	Intenta la resolución de situaciones globales
Orienta a la "Curación"	Incluye la promoción, protección, curación y rehabilitación
Ignora el autocuidado	Potencia el autocuidado
Escasa participación de la familia y el Usuario	Importante papel del Usuario y de la familia

Fuente: Arias Jiménez Olga Patricia "Atención Domiciliaria Una Solución De Ayer Para Un Problema De Hoy" Disponible en: [www.laboratoriosamerica.com.co/.../descargas/Medicina Domiciliaria.doc](http://www.laboratoriosamerica.com.co/.../descargas/Medicina_Domiciliaria.doc). Consultado el 04 de Julio del 2011.

4.3 MARCO LEGAL

NORMA	CONTENIDO	APLICABILIDAD AL MODELO DE ATENCION DOMICILIARIA
LEY 100 DE 1.993	Define el Sistema de Seguridad Social Integral cuyo objeto es el de garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener calidad de vida acorde con la dignidad humana mediante principios como la participación.	El desarrollo de nuevos modelos de atención como el MODELO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA PROPUESTO contribuiría a elevar la calidad de vida del usuario, estimula la participación de la comunidad e instituciones en los procesos de mejoramiento en salud y ampliaría la cobertura de servicios con miras a proporcionar una atención más integral.
DECRETO 2753 DE 1.997	Dicta normas para el funcionamiento de los prestadores de servicios de salud en el Sistema General de Seguridad Social. En su artículo segundo clasifica la atención en dos modalidades: hospitalaria y ambulatoria, a su vez abre la posibilidad de distintas combinaciones en la prestación de los servicios.	El modelo de atención a desarrollar en el programa MODELO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA PROPUESTO contaría con este marco jurídico para prestar servicios de tipo ambulatorio y/o complementar un manejo hospitalario.
RESOLUCION 4252 DE 1.997	Establece las normas técnicas, científicas y administrativas que contienen los requisitos esenciales para la prestación de servicios de salud.	En éste proyecto se definen las condiciones de personal, dotación, infraestructura, procesos administrativos y sistemas de información, para garantizar que el MODELO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA PROPUESTO cumpla con los requisitos esenciales propuestos por esta norma.

NORMA	CONTENIDO	APLICABILIDAD AL MODELO DE ATENCION DOMICILIARIA
RESOLUCION 5261 DE 1.994	Reglamenta el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, aplicable al régimen contributivo.	El MODELO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA PROPUESTO tendrá en cuenta los contenidos de ésta resolución para establecer la cobertura de servicios de los usuarios adscritos al sistema POS contributivo.
DECRETOS 1222 Y1486 DE 1.994	Define la organización y funcionamiento de las entidades de Medicina Prepagada incluyendo disposiciones acerca de preexistencias, exclusiones, requisitos, prohibiciones, información de cobertura, valor del programa, normas para el transporte en ambulancia, etc.	Para el Programa MODELO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA PROPUESTO las empresas de Medicina Prepagada son una oportunidad de negocio muy importante y el ofrecer un programa de atención ambulatoria de calidad y eficiencia puede marcar la diferencia en el mercado.
ACUERDO 228 DEL 2002	Determinan la cobertura de medicamentos del régimen contributivo en el Plan Obligatorio de salud	Dentro de los protocolos de atención médica de éste proyecto se encuentra la utilización de medicamentos según la pertinencia y patología.
ACUERDO 336 DEL 2006		
ACUERDO 5 DE 1.994	Establece el tope para la cobertura de accidentes de tránsito (SOAT) a 800 salarios mínimos legales vigentes diarios.	El paciente politraumatizado por accidente de tránsito puede ser beneficiario del programa MODELO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA PROPUESTO, por lo que se requiere conocer esta reglamentación a fin de garantizar la cobertura según el plan de beneficios del SOAT

NORMA	CONTENIDO	APLICABILIDAD AL MODELO DE ATENCION DOMICILIARIA
RESOLUCION DE 1995 DE 1.999	Dicta normas sobre el diligenciamiento, administración, conservación, custodia y confidencialidad de Historias Clínicas, así como también define un activo de gestión donde deben reposar las Historias de los Usuarios activos y de los que no han utilizado el servicio en los siguientes 5 años a la última atención	Las Historias Clínicas del MODELO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA PROPUESTO deberán cumplir con los parámetros establecidos en esta resolución, permitiendo así el adecuado uso y administración del registro clínico.
ACUERDO 260 DEL 2004	Clasifica los eventos sujetos a cuotas moderadoras y copagos que cancelarán los Usuarios del régimen contributivo según el nivel salarial y su condición de cotizante o beneficiario.	Dentro de la prestación de los servicios ambulatorios del MODELO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA PROPUESTO se recaudarán cuotas moderadoras y copagos según la clasificación que define este acuerdo.
RESOLUCION 951 DEL 2002	Reglamenta la recolección, transferencia y difusión de la información en el subsistema al que concurren obligatoriamente todos los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para ello implementa los RIPS (Registro individual de prestación de servicios de salud) como requisito para el pago a los prestadores de servicios de salud.	Para la facturación de los servicios prestados por el MODELO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA PROPUESTO se tendrán en cuenta el contenido de estas resoluciones con lo que se agilizará el trámite de cuentas ante las empresas aseguradoras.
RESOLUCION 334 DEL 2000		
RESOLUCION 730 DEL 2002	Adopta la clasificación internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE 10) como información de carácter obligatorio para todos los	Para el MODELO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA PROPUESTO el CIE 10 que adopta ésta norma es el instrumento ideal para la recolección de datos

NORMA	CONTENIDO	APLICABILIDAD AL MODELO DE ATENCION DOMICILIARIA
	integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.	estadísticos con miras a la evaluación de resultados y la formulación de planes de mejoramiento.
DECRETO 2676 DEL 2000	Reglamenta la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares clasificándolos en: biosanitarios, anatomopatológicos, cortopunzantes, fármacos parcialmente consumidos y citotóxicos.	El contenido de éste decreto y la profundización sobre el manejo de los residuos hospitalarios deben ser materia de capacitación al personal que labora en el MODELO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA PROPUESTO así como la debida instrucción a sus Usuarios.
DECRETO 2174 DE 1.996	Organiza el Sistema de Garantía de Calidad con características fundamentales como: accesibilidad, oportunidad, racionalidad, seguridad, suficiencia, idoneidad, eficiencia y eficacia. Establece los soportes documentales básicos como el manual de calidad, manual de procedimientos, planes de mejoramiento e indicadores de calidad. De igual manera regula la presentación a cada dos años y ante las direcciones seccionales de salud de requisitos mínimos esenciales.	El Sistema de Garantía de Calidad dentro del MODELO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA PROPUESTO representará no solo el cumplimiento de esta norma sino la carta de presentación ante las empresas aseguradoras. Son también fundamentales los planes de mejoramiento y los sistemas de evaluación continua.
DECRETO 2309 DEL 2002	Implementa el sistema único de habilitación y acreditación.	El personal administrativo del MODELO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA PROPUESTO presentará ante los entes territoriales de control la habilitación y acreditación de acuerdo a los lineamientos

NORMA	CONTENIDO	APLICABILIDAD AL MODELO DE ATENCION DOMICILIARIA
		del presente decreto.
LEY 23 DE 1.981	Define los parámetros de ética médica en cuanto a principios, comportamiento, responsabilidad, relación con el usuario y el juramento hipocrático.	Los médicos y el personal paramédico que laboren en el MODELO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA PROPUESTO deben conocer los alcances de esta norma y aplicarla en cada una de sus actuaciones, con un alto sentido por el respeto a la vida y la relación médico - paciente.
DECRETO 2753 DE 1.997	Se refiere al registro de los prestadores ante los entes territoriales, incluyendo la definición del nivel de complejidad y la vigilancia de las IPS.	La administración del MODELO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA PROPUESTO debe prepararse para la visita de los entes oficiales de control y vigilancia mediante la documentación y la acreditación de su Sistema de Garantía de Calidad.
LEY 10 DE 1.990	Plantea la opción de contratación de la Salud Pública con entidades de carácter privado.	El MODELO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA PROPUESTO tiene un mercado potencialmente importante en las instituciones públicas, por tanto se requiere conocer los lineamientos de esta ley con el fin de establecer con éxito cualquier tipo de contratación.
DECRETO 723 DE 1.997	Define los tiempos para la presentación de facturación y respuesta de glosas, así mismo establece los diferentes tipos de contratación.	El MODELO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA PROPUESTO, como facturador de servicios, tendrá en cuenta los términos legales para la presentación de sus cuentas y objeciones a las mismas

NORMA	CONTENIDO	APLICABILIDAD AL MODELO DE ATENCION DOMICILIARIA
		establecidos por este decreto.
ACUERDO 08 DE DICIEMBRE DE 2009	Por la cual se actualiza la cobertura y exclusiones del Plan Obligatorio de Salud para régimen contributivo y subsidiado en Colombia.	Aplica dentro del Modelo de atención domiciliaria propuesto ya que exige que el Usuario asuma la responsabilidad en seguir las instrucciones y recomendaciones, el autocuidado. En su capítulo 29 impulsa la atención domiciliaria. Establece que el traslado en ambulancia para atención domiciliaria es responsabilidad del prestador.
LEY 1438 DE ENERO DE 2011	Por la cual se fortalece el Sistema General de Seguridad Social en salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud en el marco de la estrategia de Atención primaria en salud, que brinde servicios de mayor calidad. Impulsa la creación del Observatorio Nacional de Salud.	Esta norma favorece los modelos de atención domiciliaria porque hace énfasis en la Cultura del autocuidado, Atención integrada y continua. Fortalecimiento de la baja complejidad para mejorar la resolutividad y participación activa de la comunidad.
DECRETO 1011 DE 2006	Por la cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la atención en salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Dentro de sus componentes: Sistema único de Habilitación, Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, Sistema único de Acreditación y	El Modelo de atención domiciliaria debe cumplir como mínimo con los requerimientos de Habilitación y de Auditoría.

NORMA	CONTENIDO	APLICABILIDAD AL MODELO DE ATENCION DOMICILIARIA
	el Sistema de Información para la calidad	
DECRETO 1043 DE 2006	Por el cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para Habilitar sus servicios en cuanto a capacidad tecnológica y científica, suficiencia patrimonial y financiera, capacidad técnico administrativa. Adopta los estándares y guías de procedimientos de habilitación estableciendo las normas para la respectiva verificación y cumplimiento a cargo de las entidades departamentales y distritales.	Teniendo en cuenta que el cumplimiento de los estándares de habilitación establecidos en esta norma es obligatorio, el modelo de atención domiciliaria debe verificar su implementación.
DECRETO 1445 DE 2006	Define las funciones de la entidad acreditadora y adopta los manuales de estándares. La acreditación en calidad es un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una Organización.	Aplican los estándares de acreditación para las IPS de servicios ambulatorios. Es una herramienta para mejorar la calidad en la prestación del servicio, que mejoraría la satisfacción de los Usuarios, los resultados de manejo y la contratación con las Entidades Aseguradoras.

4.4 MARCO SOCIAL

La población objeto del proyecto corresponde a la afiliada al sistema de seguridad social en salud, con un nivel educativo que permita el entendimiento de las condiciones establecidas en el programa y garanticen un resultado favorable para el paciente, la familia y la Institución.

En el año 2010 el Área Metropolitana de Bucaramanga contaba con una población de 1'074.929, de los cuales se estima un 43.7% de afiliados al Régimen Contributivo, población objeto de este trabajo.²⁰

Tabla 3 Población Municipios Área Metropolitana De Bucaramanga - Año 2010

BUCARAMANGA	524.112
FLORIDABLANCA	261.142
GIRON	156.995
PIEDECUESTA	132.680
TOTAL	1'074.929

Fuente: Observatorio de Salud de Santander. Población por zona y sexo, según municipio Santander, 2010

4.5 MARCO EPIDEMIOLOGICO

Según los indicadores de salud de Santander del año 2008, la última información disponible de causas de morbilidad del servicio de hospitalización en el Departamento, la Infección de piel y tejidos blandos ocupó el octavo lugar en mujeres y segundo lugar en hombres en la en el año 2008. Información publicada en el año 2010 en el Observatorio de Salud de Santander. (Ver tabla y gráfica siguientes).²¹

²⁰ Observatorio de Salud Pública de Santander. Población por zona y sexo, según municipio Santander, 2010 Indicadores de Oferta de Servicios de Salud y Seguridad Social Santander.

²¹ OCHOA VERA, Miguel Enrique. OTERO WANDURRAGA, Johanna Alejandra. HORMIGA SANCHEZ, Claudia Milena. LÓPEZ MORENO, Lilibeth. Perfil de morbilidad y mortalidad de Santander. Indicadores básicos. Situación de Santander, 2010.

Tabla 4 Primeras Causas de Morbilidad Atendida en el Servicio de Hospitalización Santander 2008

PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD ATENDIDA EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION		
SANTANDER 2008 – REGIMEN CONTRIBUTIVO MUJERES		
CAUSAS		# DE CASOS
<1>	Parto único espontáneo	692
<2>	Parto único por Cesárea	626
<3>	Apendicitis	491
<4>	Colelitiasis	473
<5>	Dolor abdominal	351
<6>	Infección de vías urinarias	346
<7>	Leiomioma del útero	278
<8>	Celulitis	225
<9>	Neumonía	224
<10>	Parto único asistido	222
Total		3.928

Fuente: Indicadores de morbilidad atendida. Suplemento de la Revista del OSPS, Año 5, Número 2 (2010). Disponible en: www.saludsantander.gov.co/web/Morbilidad_RIPS_2010.html

Tabla 5 Primeras Causas de Morbilidad Atendida en el Servicio de Hospitalización Santander 2008 – Régimen Contributivo Hombres.

PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD ATENDIDA EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION		
SANTANDER 2008 – REGIMEN CONTRIBUTIVO HOMBRES		
CAUSAS		# DE CASOS
<1>	Apendicitis	362
<2>	Celulitis	236
<3>	Hiperplasia de la próstata	224
<4>	Neumonía	209
<5>	Diabetes Mellitus	181
<6>	Insuficiencia cardíaca	163
<7>	Colelitiasis	159
<8>	Infección de vías urinarias	159

Fuente: Indicadores de morbilidad atendida. Suplemento de la Revista del OSPS, Año 5, Número 2 (2010). Disponible en: www.saludsantander.gov.co/web/Morbilidad_RIPS_2010.html

PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD ATENDIDA EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION		
<9>	Litiasis urinaria	152
<10>	Dolor abdominal	145
Total		1.990

Fuente: Indicadores de morbilidad atendida. Suplemento de la Revista del OSPS, Año 5, Número 2 (2010) www.saludsantander.gov.co/web/Morbilidad_RIPS_2010.html

5. DISEÑO OPERATIVO Y ASISTENCIAL DEL SERVICIO

5.1 LINEAMIENTOS GENERALES

El modelo de atención domiciliaria propuesto, que en adelante llamaremos “Programa de atención domiciliaria PADOM” se creará para suplir la necesidad sentida de la comunidad de recibir una atención médica y paramédica más personalizada, eficaz y de calidad, en aquellos pacientes que debido a su enfermedad (Infección de piel y tejido celular subcutáneo) deben permanecer un período largo de tiempo en una Clínica u Hospital, teniendo en cuenta el lento proceso de recuperación y tratamiento prolongado (local y antibiótico) con las implicaciones psicosociales y económicas que esto conlleva tanto para el paciente como para las empresas administradoras de planes de beneficios en salud.²²

La población objeto para la prestación del servicio corresponde a los afiliados a Empresas prestadoras de planes de beneficios en salud, que cumplan con criterios médicos y requisitos administrativos predefinidos.

Se excluyó a la población pediátrica menor de 10 años, teniendo en cuenta la dificultad en el cuidado del acceso venoso y la estricta vigilancia que se requiere en su cuidado.

El diseño del servicio de atención domiciliaria toma como punto de partida la definición de la plataforma estratégica y bajo un enfoque de procesos se incluyen las siguientes actividades:

²²GONZÁLEZ RAMALLO, Víctor José. VALDIVIESO MARTÍNEZA, Bernardo y RUÍZ GARCÍA, Vicente. Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital Universitario La Fe. Valencia. Hospitalización a domicilio. Barcelona, 2002. Pág.118.

- Realizar un análisis de costos y elaborar un presupuesto para el inicio y desarrollo del programa
- Crear una matriz DOFA para determinar la viabilidad del programa.
- Definición de Misión, Visión y Valores corporativos.
- Diseñar procesos administrativos y asistenciales para garantizar la prestación del servicio.
- Establecer criterios de inclusión para la atención de pacientes con patologías de piel y tejidos blandos.
- Definir perfiles y funciones del equipo de salud que participará en la operativización del programa, diseñar procedimiento para el manejo del personal.
- Elaborar protocolos de atención médica y paramédica.
- Diseñar e Implementar formatos para registro de actividades médicas y de enfermería
- Habilitación de un espacio físico para coordinación del programa.
- Diseñar un portafolio de servicios para mercadeo del programa.
- Realizar actividades para constitución legal de la empresa

Se incluye un componente de educación y motivación que permita crear conciencia de las bondades del programa al personal de salud que atiende a nivel hospitalario (Médicos internistas, Cirujanos vasculares, Ortopedistas,

Dermatólogos, Cirujanos plásticos), para obtener su máxima colaboración en el buen funcionamiento del mismo y las altas hospitalarias.

Mientras se cumplen con las adecuaciones, compras y selección del personal, se requiere realizar paralelamente el trabajo de mercadeo, con el fin de garantizar que una vez se encuentren todos los detalles listos para dar comienzo al programa ya se tengan algunos contratos definidos para la atención de pacientes.

Así se dará inicio a la prestación del servicio a los pacientes cumpliendo estrictamente con los procesos y protocolos de atención médica y paramédica definidos, hasta que cumplan con los criterios de egreso del PADOM.

Es importante realizar informes periódicos de seguimiento de complicaciones, rehospitalizaciones, así como de facturación y cartera contra costos reales del servicio.

5.2 ANALISIS DE COSTOS

Para sustentar la necesidad de implementar el modelo de atención domiciliaria, se revisaron 509 registros clínicos recopilados en una IPS hospitalaria privada de la Ciudad de Bucaramanga, información recogida entre el año 2006 y el 2007, correspondientes a egresos por enfermedades infecciosas de piel y tejido celular subcutáneo.

Para realizar el análisis de costos se tuvieron en cuenta 76 registros correspondientes a egresos de pacientes con diagnósticos correspondientes a patologías de piel y tejido celular subcutáneo, recopilados por el servicio de auditoría médica durante 10 meses.

Tabla 6 Registros De Auditoria Medica IPS Privada Julio 2006 A Abril 2007

MES EVALUADO	DIAS DE ESTANCIA	No DE PACIENTES
JULIO 2006	110	15
AGOSTO 2006	116	9
SEPTIEMBRE 2006	114	10
OCTUBRE 2006	22	4
NOVIEMBRE 2006	48	2
DICIEMBRE 2006	235	9
ENERO 2007	25	6
FEBRERO 2007	43	5
MARZO 2007	32	8
ABRIL 2007	49	8
TOTAL	794	76

Fuente: Recopilación de datos en IPS hospitalaria privada en Bucaramanga.

De los datos obtenidos en esta auditoría se obtuvo una estancia promedio de 10.4 días (Días de estancia/No de pacientes).

Del costo médico correspondiente a estos 76 pacientes se estimaron únicamente los costos fijos correspondientes a estancia hospitalaria y honorarios correspondientes a la visita diaria intrahospitalaria por parte del especialista tratante.

Lo anterior teniendo en cuenta que los costos correspondientes a material médico quirúrgico, insumos y medicamentos, serían los mismos que se utilizarían si se aplicaran a nivel domiciliario.

Los costos por estancia a nivel domiciliario disminuyen notablemente si se considera que el costo de los servicios públicos, aseo, mobiliario, etc, son asumidos por el grupo familiar del paciente.

Dentro del modelo de atención domiciliaria, no está contemplada la valoración diaria especializada, por cuanto uno de los criterios de egreso hospitalario es la estabilidad del paciente, y en consecuencia el manejo y observación a nivel domiciliario está dado por un médico general y personal de enfermería capacitado, para detectar posibles complicaciones. Por lo cual este costo también se reduce.

El cálculo de la tarifa diaria por paciente incluido en el manejo del programa de atención domiciliaria se basó en un presupuesto de ingresos y egresos que más adelante se detallarán y se incluyen desglosados en el anexo 1. Por ahora determinaremos una tarifa de \$ 84.000 pesos diarios por paciente con base en las consideraciones mencionadas.

Por esta razón si realizamos un comparativo de costos entre una y otra modalidad y proyectado a un año (Ver cuadro comparativo), se obtendría un ahorro de \$27.634 pesos diarios por paciente. Este ahorro diario proyectado a los 76 pacientes con un promedio de estancia de 10,4 días sería de 21'841.913 en los 10 meses.

Tabla 7 Comparativo De Costos Entre Manejo Hospitalario Y Manejo Domiciliario

COSTOS FIJOS DE INTERNACION EN IPS DE TERCER NIVEL			
	Nº DE DÍAS	VALOR UNITARIO (DÍA)	VALOR TOTAL
Internación servicio de complejidad alta	10,4	\$ 96.539	\$ 1'004.005
Honorarios médico especialista	11	\$ 15.095	\$ 166.045

TOTAL		\$ 111.634	\$ 1.170.050
COSTOS FIJOS DE MANEJO DOMICILIARIO			
	Nº de días	Valor unitario (día)	Valor Total
Costos del programa con estancia domiciliaria	10,4	\$ 84.000	\$ 873.600
Honorarios médico especialista		0	0
TOTAL		\$ 84.000	\$ 873.600
DIFERENCIA DE COSTOS ENTRE LOS MODELOS DE MANEJO		\$ 27.634	\$ 296.450

Fuente: Autores del Proyecto

5.3 ELABORACION DEL PRESUPUESTO

Se elaboró un presupuesto de iniciación, un presupuesto de funcionamiento mensual (incluido el costo mensual proyectado de nómina), para los tres primeros meses teniendo en cuenta que el flujo de recursos en el sistema de salud no garantiza pagos en tiempos menores a este. Y que adicionalmente corresponde al tiempo en el cual se espera alcanzar en el programa un “**punto de equilibrio**” que se obtiene de multiplicar un número mínimo de pacientes esperados (11 pacientes) por el promedio de días de permanencia en el programa (10.4 días), lo cual daría 114 días de tratamiento mensual que multiplicado por la tarifa establecida, garantizaría la cobertura de los gastos mensuales.

Este “**punto de equilibrio**”, garantiza el sostenimiento del programa, y sobre este se aplicará una utilidad del 12%, con la cual se proyecta la recuperación del capital invertido en 30 meses aproximadamente.

Sin embargo lo esperado es que una vez se posicione el PADOM en el mercado, el número de pacientes atendidos mensualmente sea muy superior, lo cual incrementaría la rentabilidad del programa.

Adicionalmente otra estrategia financiera es ofrecer la venta de los medicamentos y suministros a precios de distribuidor y obtener una rentabilidad adicional por su venta, la cual podría estar entre el 20% y el 30%, con lo que la recuperación del capital se daría en menor tiempo al previsto. (Ver a continuación el cuadro que detalla el presupuesto de nómina).

Tabla 8 Presupuesto De Iniciación Padom

PRESUPUESTO DE INICIACION PADOM			
CONCEPTO	CANT	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
ADECUACION DE LA PLANTA FISICA			
Divisiones modulares	1	\$500.000	\$500.000
Escritorios	2	\$300.000	\$600.000
Sillas	4	\$50.000	\$200.000
Instalación de redes eléctricas	1	\$ 100.000	\$100.000
Subtotal			\$1.400.000
ADQUISICION DE EQUIPOS			
Computador con impresora	1	\$1.500.000	\$1.500.000
Telefax	1	\$300.000	\$300.000
Celular	3	\$60.000	\$180.000
Instrumental médico-quirúrgico	1	\$400.000	\$400.000
Nevera	1	\$800.000	\$800.000
Subtotal			\$3.180.000
GASTOS LEGALES – NOTARIALES			
Certificado de Cámara de Comercio	1	\$200.000	\$200.000
Habilitación	1	\$500.000	\$500.000
Subtotal			\$700.000
TOTAL			\$5.280.000

Fuente: Autores del Proyecto

Tabla 9 Presupuesto Mensual de Funcionamiento PADOM

PRESUPUESTO MENSUAL DE FUNCIONAMIENTO PADOM	
COSTOS FIJOS	
GASTOS DE PERSONAL	
Enfermera profesional	\$2.700.129
Médico general	\$2.092.737
Enfermera auxiliar	\$936.000
Secretaria	\$836.217
Subtotal	\$6.565.083
GASTOS OPERACIONALES Y DE MANTENIMIENTO	
Mantenimiento de equipos	\$30.000
Mensajería	\$50.000
Utensilios de aseo	\$50.000
Gastos de esterilización y lavandería	\$150.000
Útiles de oficina – Papelería	\$100.000
Gastos de traslados	\$60.000
Subtotal	\$440.000
SERVICIOS PUBLICOS	
Energía eléctrica	\$70.000
Agua	\$35.000
Teléfono	\$100.000
Telefonía celular	\$300.000
Administración	\$90.000
Subtotal	\$595.000
ARRIENDO	\$400.000
Subtotal	\$400.000
TOTAL COSTOS FIJOS	\$8.000.083
COSTOS VARIABLES	
GASTOS OPERACIONALES Y DE MANTENIMIENTO	
Gastos de esterilización y lavandería	\$150.000
Subtotal	\$150.000
MATERIAL MEDICO-QUIRURGICO	
Suministros curaciones	\$230.000
Subtotal	\$230.000
SOLUCIONES Y MEDICAMENTOS	
Medicamentos	
Soluciones para desinfección	\$180.000

PRESUPUESTO MENSUAL DE FUNCIONAMIENTO PADOM	
Subtotal	\$180.000
TOTAL COSTOS VARIABLES	\$560.000
TOTAL COSTOS FIJOS + VARIABLES MES	\$8.560.083
TOTAL COSTOS PRIMER TRIMESTRE	\$25.680.250
TOTAL PRESUPUESTO DE INICIACION + PRESUPUESTO DE FUNCIONAMIENTO	\$30.960.250
TOTAL CAPITAL APORTADO POR CADA SOCIO 50%	\$15.480.125

Fuente: Autores del Proyecto

Tabla 10 Análisis del punto de equilibrio y Recuperación de la inversión

ANALISIS DEL PUNTO DE EQUILIBRIO Y RECUPERACION DE LA INVERSION	
Promedio de días de estancia en el programa	10,4
Número de pacientes esperados por mes para tener punto de equilibrio	11
Número de días de tratamiento al mes	114
Gastos mensuales del programa	8.560.083
Costo por día de tratamiento	74.826
Presupuesto diario por paciente (Costo + utilidad del 12%) (TARIFA PROPUESTA)	83.805
Ingresos por servicios prestados el mes	9.587.293
Rentabilidad mensual (12%)	1.027.210
Número de meses requeridos para recuperar la inversión	30,14

Fuente: Autores del Proyecto

5.4 MATRIZ DOFA PROGRAMA PADOM

5.4.1 Oportunidades

- Necesidad sentida de la comunidad y del sector salud en la atención domiciliaria de calidad y bajo costo.
- Ausencia de otros programas similares que ofrezcan el servicio domiciliario en patologías específicas.
- Posibilidad de brindar atención hacia otras patologías.
- Presencia de diversos nichos de mercado en atención a la salud.
- Experiencia en el manejo intrahospitalario de estas patologías, lo cual facilita la elaboración de los protocolos de manejo.

5.4.2 Fortalezas

- Conocimiento del sector salud a nivel regional
- Estudios propios de costos
- Programa innovador
- Disponibilidad de personal capacitado

5.4.3 Amenazas

- Falta de credibilidad en el programa y poca colaboración de los especialistas.
- Variabilidad de precios de medicamentos e insumos en el mercado
- Inconsistencia en los sistemas de información
- Falta de continuidad de los afiliados en el sistema general de seguridad social
- Inseguridad para el desplazamiento del personal
- Lentitud en el flujo de recursos del sector salud

5.4.4 Debilidades

- Inexperiencia en el manejo del programa domiciliario
- El retorno de la inversión es a largo plazo, así como la valoración de los resultados en términos estadísticos.
- Incertidumbre en los pagos durante los meses de iniciación que comprometería el flujo de caja de manera directa.

5.5 PLATAFORMA ESTRATEGICA DEL MODELO DE ATENCION DOMICILIARIA PROPUESTO ²³

5.5.1 Misión. Ofrecer a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios y a la comunidad en general que presenten infecciones de piel y tejido celular subcutáneo atención domiciliaria con calidad y sentido humano que involucre su estilo de vida y entorno.

5.5.2 Visión. Ser reconocidos en la próxima década por la comunidad y el sector salud de Bucaramanga, como el programa domiciliario líder en el manejo de las infecciones de piel y tejidos blandos, mediante resultados efectivos, calidad en la atención y costo razonable.

5.5.3 Valores Corporativos

- Calidez
- Honestidad
- Equidad
- Eficiencia y Eficacia
- Actitud de Servicio

²³ HITT, M. A. IRELAND, D. HOSKISSON, R. E. Administración Estratégica. Competitividad y Conceptos De Globalización. Ediciones Paraninfo. Bogotá. 1999. Pág. 38.

5.4 PROCESOS

5.4.1 Administrativos Y Asistenciales. El desarrollo del PADOM garantizará atención integral médica y paramédica de alta calidad basada en protocolos de atención para aquellos enfermos seleccionados que cumplan los criterios médicos y administrativos predefinidos, en su domicilio por parte de un equipo multidisciplinario, aplicando los procesos necesarios que permitan prestar un servicio con alta aceptación y satisfacción del usuario, de acuerdo con sus necesidades.

Las entidades con las cuales se establezcan convenios, reportan o solicitan el servicio de atención domiciliaria para sus usuarios.

Siguiendo los procesos clínicos y administrativos de ingreso al PADOM, el representante del paciente deberá tramitar orden de servicios ante la Empresa administradora de servicios acorde con los convenios con cada una y periódicamente las prórrogas necesarias de acuerdo con la evolución clínica del paciente.

Se brindará Información al paciente y a su familia sobre los beneficios del programa y motivación hacia el cumplimiento de las indicaciones del equipo de salud, se diligenciarán los formatos de ingreso al programa tanto médico como administrativo, con los datos allí solicitados y el visto bueno tanto del especialista tratante, como del paciente y su familia.

En caso de que la evolución clínica no sea la esperada según los protocolos de atención médica establecidos, se solicitará evaluación por parte del especialista requerido y se acatarán las sugerencias del mismo, bien sea continuando el tratamiento en PADOM o la hospitalización del paciente.

El programa contará con teléfonos celulares para la comunicación inmediata entre los integrantes del equipo de salud para reporte de novedades o complicaciones que pudiesen presentarse durante el desarrollo de la atención domiciliaria al paciente, con el fin de brindar soluciones oportunas y eficaces.

Durante la atención al paciente inscrito en el PADOM y en cumplimiento de los procesos el personal médico y paramédico allegarán los soportes necesarios para la liquidación y facturación de la cuenta, según la exigencia de la Empresa contratante.

Una vez el paciente sale del programa se elabora la epicrisis respectiva y se liquida correctamente la cuenta según los soportes reunidos para su inmediata facturación y radicación de la misma en la entidad respectiva, relacionando la factura según consecutivo y elaborando un informe de cartera por cada empresa contratante.

Mensualmente se elaboran informes epidemiológicos y de costos para evaluación y control como retroalimentación interna y externa de los beneficios del programa y realizar los análisis contables que determinen la productividad real del PADOM.

Los procesos para la atención domiciliaria se presentan mediante diagramas de flujo en el anexo 3.

5.4.2 Criterios Médicos Y Administrativos De Inclusión Y Egreso Del Padom

5.4.2.1 Criterios Médicos De Ingreso Al Programa

- Diagnóstico de alguna enfermedad infecciosa de la piel y/o tejido celular subcutáneo, con sospecha de etiología bacteriana.

- Enfermedades concomitantes crónicas no descompensadas o ausencia de las mismas
- Ausencia de compromiso sistémico asociado
- Facilidad de acceso venoso del paciente
- Requerimiento de máximo 2 desbridamientos quirúrgicos durante su permanencia en el programa.
- No estar recibiendo simultáneamente ningún tratamiento alternativo

5.4.2.2 Criterios Administrativos De Acceso Al Programa

- Aceptación voluntaria del paciente y/o su representante tras recibir la información adecuada sobre el programa y el tipo de atención en el domicilio y compromiso de acatar y seguir cabalmente todos los lineamientos del Programa (controles, hora de aplicación de medicamentos, vigilancia de complicaciones, comunicación con el grupo etc.)
- Tener edad mayor de 10 años
- Residir en el área metropolitana
- Pertenecer a un estrato mayor de 2, con acceso a servicios públicos (Agua, Luz, Teléfono, Alcantarillado).

- Facilidad de ajustes locativos en la vivienda para garantizar el cumplimiento de normas de higiene, aseo y bioseguridad para un resultado próximo al esperado.
- Adquisición de algunos elementos básicos para uso del paciente: termómetro, toallas personales, calzado adecuado, almohadas, juego de cama etc. y garantizar su respectivo lavado y desinfección
- Acompañamiento permanente del paciente por parte de un familiar ó acudiente responsable con un nivel cultural y de entendimiento adecuado para atender y acatar las indicaciones del equipo de salud.
- Colaboración con el equipo para llenar los registros correspondientes al Programa.
- Encontrarse al día con los pagos de la Seguridad Social
- Garantizar el reconocimiento económico del servicio bien sea por parte del paciente y/o su aseguradora para dar plena continuidad al tratamiento.

5.4.2.3 Criterios Médicos De Egreso De Padom

- Finalización del esquema antibiótico y recuperación de las lesiones
- Deterioro en el estado general del paciente o descompensación de patologías asociadas y requiera remisión a centro hospitalario.
- Compromiso infeccioso sistémico que requiera manejo intrahospitalario

- No evidencia de progreso en la evolución de las lesiones de piel después de 2 semanas de tratamiento
- Incumplimiento de las instrucciones y órdenes médicas parte del paciente su familia

5.4.2.4 Criterios Administrativos De Egreso De Padom

- Por cambio de condiciones en la residencia del paciente
- Por voluntad de la Empresa contratante.
- Incumplimiento del paciente o de su Empresa contratante en los pagos al PADOM

5.4.3 Conformación Del Equipo De Salud Para Operativizacion Del Padom.

Con el fin de garantizar la prestación del servicio, dentro de parámetros de calidad, el equipo humano mínimo para iniciar el funcionamiento del programa es el siguiente:

1. Médico general
2. Enfermera jefe
3. Auxiliar de Enfermería
4. Auxiliar administrativa y contable
5. Mensajero

La selección y contratación se realizará en cumplimiento del procedimiento diseñado para tal fin que se presenta en el anexo 4.

5.4.4 Perfiles Y Funciones

ENFERMERO (A) JEFE ADMINISTRATIVA Y COORDINADORA DEL PROGRAMA

PERFIL: Enfermero (a) profesional con experiencia en coordinación de autorizaciones de servicios de salud.

FUNCIONES

- Cotizar y adquirir los equipos médicos necesarios para la prestación del servicio tales como instrumental médico quirúrgico, equipos de bomba de infusión, equipos para toma de signos vitales, glucómetro, en cumplimiento de los requisitos de habilitación, los protocolos médicos y de enfermería, junto con la asesoría y aprobación de los socios.
- Ofrecer, realizar y participar en la contratación con las diferentes entidades prestadoras de servicios, con el acompañamiento y asesoría de los socios.
- Realizar la selección del personal proyectado, acorde con el perfil requerido para cada cargo, contando con el visto bueno y la aprobación de los socios.
- Definir la red de proveedores y formas de pago.
- Conocer, analizar, sugerir e implementar los procesos de enfermería.

- Recepcionar y revisar la Historia Clínica enviada por el especialista a través del paciente o un familiar con el fin de elaborar el Plan de seguimiento.
- Informar al Médico General sobre el ingreso de pacientes nuevos al Programa.
- Coordinar y programar las visitas y las actividades del personal de enfermería a su cargo.
- Recibir informes diarios del personal auxiliar de enfermería, para recomendar u ordenar acciones tendientes a la solución de problemas presentados en los pacientes.
- Supervisar el completo diligenciamiento de los registros clínicos y administrativos.
- Elaborar los informes de actividades y costos mensuales.

MÉDICO GENERAL

PERFIL: Médico general con experiencia en atención domiciliaria.

FUNCIONES

- Acudir diariamente a las instalaciones del Programa con el fin de recibir la información sobre el seguimiento de los pacientes a su cargo o atender el llamado de la Coordinación del programa para informar del ingreso de nuevos pacientes al programa.

- El médico general del PADOM realiza la visita al lugar o Institución en donde se encuentre el paciente y dialogará con el especialista tratante quien deberá estar de acuerdo con el ingreso al programa y se determinará que el paciente cumpla con los demás criterios médicos y administrativos.
- Realizar las visitas de los pacientes nuevos y seguir un esquema de prioridades para los que ya se encuentran dentro del Programa.
- Evolucionar al paciente e informar al interconsultante si es necesario cualquier novedad ó empeoramiento del cuadro Clínico.
- Solicitar los exámenes pertinentes para el manejo y seguimiento del usuario.
- Elaborar la formulación de acuerdo al esquema de tratamiento y según el protocolo establecido.
- Participar, analizar e intervenir en las reuniones diarias de información sobre la evolución de los pacientes.
- Dar de alta al paciente y suministrar las instrucciones necesarias para prevención de nuevos episodios y cuidados especiales.
- Realizar el resumen general de la atención médica.

ENFERMERA AUXILIAR DEL PROGRAMA

PERFIL: Auxiliar de enfermería con habilidades en manejo de pacientes con lesiones de piel y tejido celular subcutáneo, dilución y administración de medicamentos. Indispensablemente que cuente con transporte (Moto).

FUNCIONES

- Realizar las visitas requeridas diariamente por los pacientes admitidos en el PADOM, según programación establecida.
- Aplicar el medicamento en cumplimiento de las órdenes médicas.
- Cumplir con el Protocolo de enfermería.
- Realizar el manejo local de las lesiones según el protocolo establecido.
- Informar sobre cualquier cambio en el estado de salud del paciente.
- Velar por la higiene y aseo del lugar donde se encuentra el paciente.
- Dar instrucciones y educación en autocuidado al paciente y la familia.
- Diligenciar los registros correspondientes de enfermería.
- Revisar diariamente el stock de insumos y soluciones necesarias para la atención de los pacientes incluidos en el Programa.

AUXILIAR ADMINISTRATIVA Y CONTABLE

PERFIL: Preferiblemente Auxiliar contable o con experiencia en facturación y cobros de cartera.

FUNCIONES

- Una vez se contrate este (a) funcionario(a) debe encargarse de realizar todos los trámites de constitución legal de la empresa y trámite de todos los permisos de funcionamiento.
- Cuando el programa ya se encuentre en marcha sus funciones serán:
- Verifica en las bases de datos los derechos del paciente y/o solicita autorizaciones a las diferentes empresas con las que se tienen contratos vigentes según el proceso previamente establecido con cada una de ellas.
- Realiza la admisión del paciente en cuanto a los datos básicos de identificación y verificación de derechos.
- Recauda las cuotas moderadoras y/o copagos según lo establecido en los diferentes contratos.
- Organiza el archivo documental tanto de Historias Clínicas como de los soportes del manejo operativo del Programa y contables.
- Orienta al paciente y/o familiar ó acudiente sobre los trámites que debe realizar ante su empresa prestadora de servicios.
- Coordinar el manejo operativo para el normal funcionamiento de la oficina.

- Realiza diariamente arqueo de caja y elabora los recibos de consignación.
- Liquidada diariamente los servicios de los pacientes vigentes en el programa y una vez el paciente sale, realiza la factura correspondiente, radica la misma dentro de los plazos establecidos en los convenios y hace informe y seguimiento de cartera.

MENSAJERO

PERFIL: Mensajero con transporte (Moto), con hoja de vida intachable, responsable y cumplidor.

FUNCIONES

- Recibe los dineros recaudos diariamente por la secretaria del programa, con el recibo de consignación debidamente diligenciado y realiza las transacciones bancarias correspondientes.
- Radicar la facturación en las Empresas Prestadoras de servicios.
- Distribuye la correspondencia.
- Las demás que sean derivadas de su jefe inmediato.

5.5 HABILITACION DEL ESPACIO FISICO PARA COORDINACION DEL PADOM

Para el funcionamiento del programa se hará la consecución de una oficina que reúna las siguientes características:

- Ubicación en estrato 3 – 4
- Valor del arriendo hasta \$ 400.000.00
- Área de aproximadamente 15 metros cuadrados.
- Disponibilidad de una unidad sanitaria
- Ventilación e iluminación adecuada
- 2 Puestos de trabajo para:
 - Auxiliar administrativa y contable
 - Enfermera Jefe Coordinadora del programa
- Disponibilidad de 2 estantes para archivar 0s de Facturación, Contabilidad, Soportes de autorizaciones e Historias clínicas.

5.6 PORTAFOLIO DE SERVICIOS

El mercadeo del programa se realizará mediante la distribución del PORTAFOLIO DE SERVICIOS (Anexo) a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios: Aseguradoras, Medicinas prepagadas, Regímenes especiales, EPS, Administradoras de planes complementarios y otras; con el fin de conseguir contratos con las mismas para la atención de sus afiliados.

5.7 CONSTITUCION DE LA EMPRESA

El programa PADOM será una sociedad conformada inicialmente por dos socios, quienes aportarán como capital el 50% cada uno de los gastos de iniciación y del calculado de gastos de funcionamiento correspondiente a los tres primeros meses. Aunque se esperaría empezar a recibir pagos por los servicios prestados antes de este tiempo, según lo estipulado en los contratos, que no debería ser superior a 45 días.

Una vez se constituya legalmente la empresa,²⁴ se invertirá el capital aportado por los socios en la adquisición, adecuación y equipamiento de dotación de la oficina de PADOM, en donde se centrará el control y seguimiento administrativo de los procesos para la prestación del servicio domiciliario, la selección y capacitación periódica del personal administrativo, médico y paramédico sobre el funcionamiento del programa y presentación de los criterios tanto médicos como administrativos de ingreso al mismo. Con este fin se contratará un(a) Enfermero(a) jefe quien será también jefe administrativo(a) del programa, y se encargará de realizar dichas labores de escogencia, adecuación, compra de suministros para la oficina junto con la asesoría y aprobación de los socios.

5.7.1 Procedimiento para la constitución de la empresa

5.7.1.1 Persona Jurídica

- Inscripción en el **Registro Mercantil**
- Asignación del **NIT**

²⁴DUARTE AMOROCHO, Néstor Javier. Contador público especializado. Gestiones de Creación, Constitución y Legalización de Empresas. Disponible en: <http://www.dcpresarial.com/Archivos/CREACION%20DE%20EMPRESAS.pdf>

- Inscripción en el **RUT**
- Notificación de la apertura del establecimiento a la Secretaría de Salud
- Certificado de matrícula, existencia y representación legal.
- Registro de libros del comerciante.
- Registro Único de Proponentes (Si va a contratar con el Estado)

5.7.1.2 Pasos Previos

- Viabilidad de Uso de Suelo.
- Verificación de disponibilidad del nombre (que no exista otra empresa o razón social con el mismo nombre).
- Tramitar ante una notaría la minuta de constitución de la empresa para obtener la escritura pública que debe presentar en la Cámara de Comercio de Bucaramanga.
- Pre – diligenciamiento de Formato Único de Registros Tributarios.
- Pre – diligenciamiento de Formato de Carátula Única y anexos.
- Diligenciar en cualquiera de las sedes de la Cámara de Comercio de Bucaramanga la CARÁTULA ÚNICA EMPRESARIAL para: Obtener la matrícula mercantil de la empresa, Registra el establecimientos de comercio que requiera (si es el caso), Obtener el certificado de existencia y representación legal o el

certificado de matrícula mercantil, Registrar los libros de contabilidad ante la Cámara de Comercio, Registra ante la DIAN y ante la Secretaría de Hacienda Municipal, obteniendo su NIT, RIT y RUT.

5.7.1.3 Permisos Ambientales y seguridad social. Por la posibilidad de vertimiento de residuos orgánicos, es necesario solicitar los permisos respectivos ante la C.D.M.B. - Corporación de Defensa de la Meseta de Bucaramanga -, para. Carrera 23 No. 37- 63. Teléfono: 6346100.

- Inscribir los empleados ante la Administración de Riesgos Profesional (Privada o ISS).
- Afiliar a los trabajadores al Sistema de Seguridad Social y de Pensiones ante las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y Fondo de Pensiones.
- Afiliar a los trabajadores a los Fondos de Cesantías.
- Inscribirse en una caja de Compensación Familiar.
- Elaborar reglamento de trabajo e inscribirlo en el Ministerio de Protección Social
- Elaborar un programa de seguridad industrial, de salud ocupacional y un reglamento de higiene para la empresa. Se puede asesorar a través de su ARP.

5.8 REQUISITOS DE HABILITACION DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD QUE APLICAN A LA HOSPITALIZACION DOMICILIARIA.²⁵

5.8.1 Estándar De Recurso Humano. Se garantizará la contratación del recurso humano exigido para hospitalización de baja complejidad: Médico general o Enfermera encargados de la coordinación y supervisión del programa de hospitalización domiciliaria.

5.8.2 Estándar De Infraestructura Física. Los requisitos que aplican a la vivienda del paciente son:

- La vivienda deberá estar ubicada en perímetro urbano.
- La familia dispone de los elementos básicos para la higiene y alimentación del paciente.
- El domicilio del paciente cuenta con una línea telefónica que permita la fácil comunicación de la familia y el paciente con el personal del programa.
- Nivel socioeconómico mínimo (agua corriente, luz eléctrica, higiene).
- Dispone de un familiar o acompañante permanente que actúe como cuidador.

5.8.3 Estándar De Dotación Y Mantenimiento

- Maletín Médico: Fonendoscopio, tensiometro, equipo de órganos, pulsoxímetro (cuando este indicado), glucómetro, martillo, termómetro, metro.

²⁵ Resolución 1043 del 3 de Abril 2006. Ministerio de la Protección Social.
http://actocol.org/site/resolucion_1043_de_2006_anexo_tecnico.pdf

- Maletín Enfermería: elementos médico-quirúrgicos
- Maletín con elementos de Curaciones.
- Maletín con Medicamentos de acuerdo a inventario establecido para uso en la atención en casa.
- Bombas de Infusión para líquidos y nutrición enteral.

Otros según las especialidades ofrecidas. Atriles.

5.8.4 Estándar De Procesos Prioritarios Asistenciales

- Deberá contar con procedimientos para el manejo de medicamentos en casa.
- Establecimiento de criterios de inclusión al programa o servicio.
- Protocolos de manejo de paciente en casa.
- Plan de atención individual, manejo del paciente: admisión, atención y egreso. Criterios de inclusión, que definan la periodicidad de valoración.
- Guía de referencia y contrarreferencia garantizando medios de transporte.
- Mecanismos de coordinación y supervisión del equipo tratante: entrega de turno diaria.
- Se deberá realizar un comité científico semanal de análisis de los casos.

- Los pacientes hospitalizados en casa deberán tener su seguimiento en los diferentes aspectos a través de los comités establecidos por la IPS (historia clínica, mortalidad, infecciones).
- Protocolo para el Consentimiento informado del paciente, familia y del médico tratante.
- Garantizar las ayudas técnicas en caso de que los pacientes las requieran.
- Entrenamiento a la familia incluyendo, plan de cuidado de pacientes, manejo de apoyos técnicos, residuos, registros, restricción de procedimientos, por ejemplo: manejo de medicamentos parenterales.
- Manejo de almacenamiento de medicamentos.
- Especificar el tipo de procedimientos restringidos.

5.8.5 Estándar De Historia Clínica Y Registros Asistenciales. Se contará con un registro con el nombre de los pacientes atendidos o trasladados, fecha, hora, origen y destino del servicio, tipo de servicio, nombre del personal que atiende el servicio, evolución y procedimientos durante el traslado o atención de los pacientes en el programa o servicio.

5.8.6 Estándar De Interdependencia De Servicios. Se debe garantizar el apoyo diagnóstico y el apoyo terapéutico.

5.8.7 Estándar De Seguimiento A Riesgos En La Prestación De Los Servicios

- Mortalidad
- Infecciones

- Complicaciones terapéuticas: Lesiones osteomusculares por fallas en las intervenciones de terapia física, autolesiones por deficiencias en las instrucciones a pacientes o familiares, complicaciones derivadas del manejo de medicamentos.
- Oportunidad
- Reingresos a hospitalización institucional

CONCLUSIONES

El presente trabajo se enfoca en el diseño de un servicio de atención domiciliaria para enfermos con infecciones de piel y tejido celular subcutáneo, teniendo en cuenta la altísima demanda de camas hospitalarias en las distintas Instituciones de Salud, por este tipo de diagnósticos y las estancias prolongadas que estas patologías generan. Este modelo constituye una solución de atención para una necesidad latente mediante la integración de conceptos y herramientas administrativas fundamentales, tales como una plataforma estratégica, análisis DOFA y enfoque por procesos. En el marco de la estructura actual del sistema general de seguridad social las ventajas son múltiples ya que se traduce en beneficios a los distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, empezando por el propio paciente, quien tiene la posibilidad de recibir el tratamiento en su propio domicilio; mayor disponibilidad de camas para mejor servicio de la demanda hospitalaria y mayor posibilidad de facturación por concepto de estas camas. Ahorro de recursos para las empresas prestadoras de planes de beneficios.

El éxito del desarrollo del programa para la atención domiciliaria de patologías de piel y tejido celular subcutáneo se basa en ofrecer servicios con altos estándares de calidad y preserva los derechos de los pacientes, con una elevada satisfacción de los usuarios, aplicación sistemática de la disciplina administrativa, con la implementación y el desarrollo de procesos estandarizados dentro de una plataforma estratégica como la que se plantea en éste proyecto y el adecuado manejo de políticas de mercadeo que garanticen la permanencia y sostenibilidad en el medio.

BIBLIOGRAFIA

BERGSTROM, N. Guía clínica práctica. Tratamiento de las úlceras por Presión. Madrid: Drug Farma. 1996.

BUSTAMANTE RAMIREZ, Néstor. La hospitalización domiciliaria. Descripción y análisis del modelo de atención, abril 2006 Revista el Hospital digital. Hospital Metropolitano de Santiago (HOMS) Santiago de los Caballeros, República Dominicana. Disponible en: www.elhospital.com/eh/secciones/EH/ES/MAIN/IN/ARCHIVO/ARTICULOS/doc_46429_HTML.html?id0=46429. Julio de 2011.

CARVAJAL, Carlos. "Apuntes sobre los orígenes de la internación domiciliaria en Argentina" Boletín de internación domiciliaria (4). Buenos Aires. Febrero de 2000.

COAST, J. RICHARDS, SH, PETERS, TJ, GUNELL, DJ, DARLOW, MA, POUNSFORD, J. Hospital al home or acute hospital care. A cost minimization analysis, BMJ 1998;316:1802-6. www.bmj.com/contents/316/7147/1786.short/reply. Julio 2011.

COAST J, Richards SH, PETERS TJ, GUNNELLI DJ, DARLOW MA, POUNSFORD J. Hospital at home or acute hospital care. A cost minimisation analysis. BMJ 1998; 316:1802-6.

DUARTE AMOROCHO, Néstor Javier. Contador público especializado. Gestiones de Creación, Constitución y Legalización de Empresas. Disponible en: <http://www.dcompresarial.com/Archivos/CREACION%20DE%20EMPRESAS.pdf>

EXTREMERA, Blas, Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). La hospitalización en el domicilio reduce la mortalidad y los reingresos. 2006

GÓMEZ, Alonso. Guía de Tratamientos para la curación de úlceras de piel. Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Oeste. Valladolid 2.000.Revistamedicos.com.ar número 20 página 56

GONZÁLEZ RAMALLO, Víctor José. VALDIVIESO MARTÍNEZA, Bernardo y RUÍZ GARCÍA, Vicente. Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital Universitario La Fe. Valencia. Hospitalización a domicilio. Barcelona, 2002. Pág.118.

GUILLÉN LLERA, Francisco. Manual de Geriatria. Salgado Alba 3ª edición-Masson. Barcelona. Pág. 190- 196.

HITT, M. A. IRELAND, D. HOSKISSON, R. E. (Aut). Administración Estratégica. Competitividad y Conceptos De Globalización. Ediciones Paraninfo. Bogotá. 1999. Pág. 38.

LÓPEZ, Imedio, Enfermería en cuidados paliativos. Editorial Médica Panamericana S.A. 1998.

MASOLIVER, JR. Fundamentos De Medicina Interna. Enfermedades Infecciosas. Cuarta Edición. 1974. P 338 – 351. Guías de manejo del Ministerio de Salud de Colombia

MINARDI MITRE, Cotta R, MORALES SUÁREZ Varela M, LLOPIS GONZÁLEZ, A, COTTA FILHO, JS, REAL, ER, DÍAZ RICÓS, JA. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. Rev Panam Salud Pública 2001;10(1):45-55.Disponible en:
www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias/atencaoasaude/dd%207%20hospitaliza%C3%A7%C3%A3o%20domiciliar.pdf. Julio 2011.

Observatorio de Salud Pública de Santander. Indicadores de Morbilidad atendida de los años 2006, 2007 y 2009. Disponible en:

http://www.saludsantander.gov.co/web/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=110&Itemid=3

Observatorio de Salud Pública de Santander. Población por zona y sexo, según municipio Santander, 2010 Indicadores de Oferta de Servicios de Salud y Seguridad Social Santander.

OCHOA VERA, Miguel Enrique. OTERO WANDURRAGA, Johanna Alejandra. HORMIGA SANCHEZ, Claudia Milena. LÒPEZ MORENO, Lilibeth. Perfil de morbilidad y mortalidad de Santander. Indicadores básicos. Situación de Santander, 2010.

Corporación Médicos para Chile. Proyecto de Reglamento de Hospitalización domiciliaria. Grupo de Desarrollo de la Hospitalización domiciliaria. Marzo de 2004.

Registros epidemiológicos en una Clínica privada en la Ciudad de Bucaramanga. 2010.

Minprotección social. Resolución 1043 del 2006. – Colombia

Ministerio de la Protección Social. Resolución 1043 del 3 de Abril 2006.

http://actocol.org/site/resolucion_1043_de_2006_anexo_tecnico.pdf

Seminario “Perspectivas de la Hospitalización Domiciliaria en Chile”, Corporación Médicos para Chile. Mayo de 2003

XXVII Congreso mundial de Medicina Interna. 26 de Septiembre al 1º de Octubre.
Granada – España 2004. Disponible en:
www.fesemi.org/publicaciones/boletines/boletin_6.pdf. Julio 2011.

ANEXOS

ANEXO 1 PRESUPUESTO DE INICIACION PADOM

PRESUPUESTO DE INICIACION PADOM			
CONCEPTO	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
ADECUACION DE LA PLANTA FISICA			
Divisiones modulares	1	\$ 500.000	\$ 500.000
Escritorios	2	\$ 300.000	\$ 600.000
Sillas	4	\$ 50.000	\$ 200.000
Instalación de redes eléctricas	1	\$ 100.000	\$ 100.000
Subtotal			\$ 1.400.000
ADQUISICION DE EQUIPOS			
Computador con impresora	1	\$ 1.500.000	\$ 1.500.000
Telefax	1	\$ 300.000	\$ 300.000
Celular	3	\$ 60.000	\$ 180.000
Instrumental médico-quirúrgico	1	\$ 400.000	\$ 400.000
Nevera	1	\$ 800.000	\$ 800.000
Subtotal			\$ 3.180.000
GASTOS LEGALES - NOTARIALES			
Certificado de Cámara de Comercio	1	\$ 200.000	\$ 200.000
Habilitación	1	\$ 500.000	\$ 500.000
Subtotal			\$ 700.000
TOTAL			\$ 5.280.000
TOTAL CAPITAL REQUERIDO PARA INICIAR EL PROGRAMA			
			\$ 30.960.250
TOTAL CAPITAL APORTADO POR CADA SOCIO			
	50%		\$ 15.480.125

PRESUPUESTO DE NOMINA

CARGO	Horas/día	Valor/hora	Salario mes	Número de cargos	Horas extras	Valor/hora extra	Total extras	ABM	CONTRIBUCIONES NOMINA							PARAFISCALES			TOTALES					
									SUBSIDIO ALIMENTACION	AUXILIO DE TRANSPORTE	DOTACIONES	PRIMA DE SERVICIOS	PRIMA DE VACACIONES	PRIMA TECNICA	PRIMA DE NAVIDAD	CESANTIAS	INTERESES DE LAS CESANTIAS	APORTES SALUD		APORTES PENSION	APORTES A.R.P.	CAJAS DE COMPENSACION	ICBF	SENA
Enfermera profesional y jefe administrativa	8	8.333	1.999.920	1				23.999.040	0	0	0	999.960	0	0	999.960	0	0	1.919.923	2.609.896	584.617	1.039.958	117.595	130.595	32.401.544
Médico general	4	###	1.550.040	1				18.600.480	0	0	0	775.020	0	0	775.020	0	0	1.488.038	2.022.802	453.108	806.021	91.142	101.218	25.112.849
Enfermera auxiliar	8	2.350	564.000	1	2	4.000	160.000	6.768.000	0	0	160.000	282.000	0	0	282.000	0	0	541.440	736.020	164.868	299.680	37.963	40.029	11.232.001
Secretaria	8	2.233	535.920	1				6.431.040	323.040	763.200	160.000	267.960	0	0	267.960	0	0	514.483	699.376	156.660	328.520	68.899	53.460	10.034.606
			4.649.880	4	2	4.000	160.000	55.798.560	323.040	763.200	320.000	2.324.940	0	0	2.324.940	0	0	4.463.885	6.068.093	1.359.253	2.474.187	315.600	325.301	78.781.000
													TOTAL AÑO		78.781.000									
													TOTAL MES		6.565.083									

PRESUPUESTO DE FUNCIONAMIENTO

PRESUPUESTO MENSUAL DE FUNCIONAMIENTO	
COSTOS FIJOS	
GASTOS DE PERSONAL	
Enfermera profesional	\$ 2.700.129
Médico general	\$ 2.092.737
Enfermera auxiliar	\$ 936.000
Secretaria	\$ 836.217
Subtotal	\$ 6.565.083
GASTOS OPERACIONALES Y DE MANTENIMIENTO	
Mantenimiento de equipos	\$ 30.000
Mensajería	\$ 50.000
Utensilios de aseo	\$ 50.000
Gastos de esterilización y lavandería	\$ 150.000
Útiles de oficina - Papelería	\$ 100.000
Gastos de traslados	\$ 60.000
Subtotal	\$ 440.000
SERVICIOS PUBLICOS	
Energía eléctrica	\$ 70.000
Agua	\$ 35.000
Teléfono	\$ 100.000
Telefonía celular	\$ 300.000
Administración	\$ 90.000
Subtotal	\$ 595.000
ARRIENDO	\$ 400.000
Subtotal	\$ 400.000
TOTAL COSTOS FIJOS	\$ 8.000.083

COSTOS VARIABLES	
GASTOS OPERACIONALES Y DE MANTENIMIENTO	
Gastos de esterilización y lavandería	\$ 150.000
Subtotal	\$ 150.000
MATERIAL MEDICO-QUIRURGICO	
Suministros curaciones	\$ 230.000
Subtotal	\$ 230.000
SOLUCIONES Y MEDICAMENTOS	
Medicamentos	
Soluciones para desinfección	\$ 180.000
Subtotal	\$ 180.000
TOTAL COSTOS VARIABLES	\$ 560.000
TOTAL COSTOS FIJOS + VARIABLES MES	\$ 8.560.083
TOTAL COSTOS PRIMER TRIMESTRE	\$ 25.680.250
TOTAL PRESUPUESTO DE INICIACION + PRESUPUESTO DE FUNCIONAMIENTO	\$ 30.960.250
TOTAL CAPITAL APORTADO POR CADA SOCIO 50%	\$ 15.480.125

SEGUIMIENTO DE COSTO POR MES

COSTOS FIJOS		jul-08	ago-08	sep-08	oct-08	nov-08	dic-08	TOTAL 2008
GASTOS DE PERSONAL	PRESUPUESTA DO	VALOR REAL	VALOR REAL	VALOR REAL	VALOR REAL	VALOR REAL	VALOR REAL	VALOR REAL
Enfermera profesional	2.700.129							0,00
Médico general	2.092.737							0,00
Enfermera auxiliar	936.000							0,00
Secretaria	836.217							0,00
Subtotal	6.565.083	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
GASTOS OPERACIONALES Y DE MANTENIMIENTO		VALOR REAL	VALOR REAL	VALOR REAL	VALOR REAL	VALOR REAL	VALOR REAL	VALOR REAL
Mantenimiento de equipos	30.000							0,00
Mensajería	50.000							0,00
Utensilios de aseo	50.000							0,00
Gastos de esterilización y lavandería	150.000							0,00
Utiles de oficina - Papelería	100.000							0,00
Gastos de traslados	60.000							0,00
Subtotal	440.000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
SERVICIOS PUBLICOS		VALOR REAL	VALOR REAL	VALOR REAL	VALOR REAL	VALOR REAL	VALOR REAL	VALOR REAL
Energía eléctrica	70.000							
Agua	35.000							
Teléfono	100.000							
Telefonía celular	300.000							
Administración	90.000							
Subtotal	595.000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ARRIENDO	400.000							
Subtotal	400.000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL COSTOS FIJOS	8.000.083	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

COSTOS VARIABLES		jul-08	ago-08	sep-08	oct-08	nov-08	dic-08	TOTAL 2008
GASTOS OPERACIONALES Y DE MANTENIMIENTO		VALOR REAL	VALOR REAL	VALOR REAL	VALOR REAL	VALOR REAL	VALOR REAL	
Gastos de esterilización y lavandería	150.000							0,00
	150.000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
MATERIAL MEDICO-QUIRURGICO		VALOR REAL	VALOR REAL	VALOR REAL	VALOR REAL	VALOR REAL	VALOR REAL	
Suministros curaciones	230.000							0,00
Insumos para la administración de medicamentos								0,00
Subtotal	230.000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
SOLUCIONES Y MEDICAMENTOS		VALOR REAL	VALOR REAL	VALOR REAL	VALOR REAL	VALOR REAL	VALOR REAL	
Medicamentos								0,00
Soluciones para desinfección	180.000							0,00
Subtotal	180.000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL COSTOS VARIABLES	560.000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL COSTOS MES	8.560.083	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL COSTOS PROYECTADOS PRIMER TRIMESTRE	25.680.250	0			0			

ANALISIS DEL PUNTO DE EQUILIBRIO Y RECUPERACION DE LA INVERSION

ANALISIS DEL PUNTO DE EQUILIBRIO Y RECUPERACION DE LA INVERSION	
* Promedio de días de estancia en el programa	10,4
* Número de pacientes esperados por mes para tener punto de equilibrio	11
* Número de días de tratamiento al mes	114
* Gastos mensuales del programa	8.560.083
* Costo por día de tratamiento	74.826
* Presupuesto diario por paciente (Costo + utilidad del 12%) (TARIFA PROPUESTA)	83.805
* Ingresos por servicios prestados en 90 días de tratamiento (Tres pacientes diarios)	9.587.293
* Rentabilidad mensual(12%)	1.027.210
* Número de meses requeridos para recuperar la inversión	30,14

COMPARATIVO DE COSTOS ENTRE TRATAMIENTO REALIZADO EN
INSTITUCION DE TERCER NIVEL Y PADOM

COMPARATIVO DE COSTOS ENTRE TRATAMIENTO REALIZADO EN INSTITUCION DE TERCER NIVEL Y PADOM			
TRATAMIENTO EN INSTITUCION DE TERCER NIVEL			
	No	Valor unitario	Valor total
Internación servicio de complejidad alta	10,4	96.539	1.004.006
Material médico quirúrgico			
Medicamentos			
Laboratorios			
Honorarios médico especialista	10,0	15.095	150.950
TOTAL		111.634	1.154.956
TRATAMIENTO EN PADOM *			
	No	Valor unitario	Valor total
Manejo diario en PADOM	10,4	84.000	873.600
Material médico quirúrgico			
Medicamentos			
Laboratorios			
Interconsultas médico especialista			
TOTAL		84.000	873.600
Ahorro por día de tratamiento en PADOM		27.634	

**ANEXO 2 REGISTRO DE PATOLOGIAS RELACIONADAS CON INFECCIONES DE PIEL Y TEJIDO CELULAR
SUBCUTANEO EN UNA IPS PRIVADA DE JULIO DE 2006 A MAYO DE 2007**

PERIODO JULIO DE 2006

FI	FE	E	NOMBRE	ED A	CUENTA	TTO	DIAGNOSTICO	MD	COSTO	AREA	OBSERVACIONES
24-6-06	10-7-06	16	D D	19		Md	Lupus Eritematoso sistémico, Crisis HTA, Edema pulmonar, Celulitis mamaria		1.564.793	Met	
29-6-06	8-7-06	9	J O	83		Md	Celulitis ampollosa		1.744.186	Mogotes	
3-7-06	10-7-06	7	J J	13		Md	Celulitis de rodilla derecha - impétigo	Ana M. González	955.947	met	
6-7-06	9-7-06	3	M O	74		Md	Celulitis de cuello de pie izquierdo - TVP MII	Fernando Mozo	501.211	met	
26-6-06	10-7-06	14	D D	19	57570	Md	LES - Crisis hipertensiva tipo emergencia - IVU - Celulitis mano	Castillo	5.848.052	Met	
12-7-06	19-7-06	7	S O			Md	Linfangitis erisipeloides	Valderrama	1.275.000	Met	
12-7-06	15-7-06	3	J A	1		Md	Absceso - Celulitis frontal	Monika	850.000	Met	
14-7-06	31-7-06	17	C A	86		Md	Celulitis ampollosa MID - ICC - Cardiopatía hipertensiva	Fernando Mozo	8.500.000	Oiba	
17-7-06	21-7-06	4	C A	10m		Md	Celulitis frontal	Ana M. González	487.146	Met	
14-7-06	15-7-06	1	Y L	7		Md	Celulitis abscedada en cara	Ana M. González	223.762	Met	
19-7-06	27-7-06	8	M C	88		Md	Úlcera necrótica postraumática - Erisipela	.	1.652.677	Rionegro	Falleció
21-7-06	27-7-06	6	M D	60		Qx	Celulitis codo izquierdo - Drenaje - Artrotomía	Mestre	1.096.487	Met	
23-7-06	31-7-06	8	J C	6		Qx	Celulitis de codo - Drenaje - Lavado - Artrotomía	Ana M. González	2.500.000	Met	
24-7-06	27-7-06	3	J C	45	59204	Md	Celulitis MID	Olga Pinto	503.232	El Carmen	
27-7-06	31-7-06	4	C S	14		Qx	Escara sacra sobreinfectada - Desbridamiento curetaje	Cárdenas	2.300.000	Met	

110

30.002.493

PERIODO AGOSTO DE 2006

FI	FE	E	NOMBRE	ED A	CUENTA	TTO	DIAGNOSTICO	MD	COSTO	AREA	OBSERVACIONES
14-7-06	25-8-06	42	J O	86		Md	Celulitis ampollosa de Msls - EPOC	.	5.278.516	Oiba	Report en Julio \$8'500,000
23-7-06	2-8-06	10	J J	6	59648	Qx	Celulitis de codo - Drenaje - Lavado - Artrotomía	Ana M. González	1.555.003	Met	
27-7-06	31-8-06	35	C S	14		Qx	Escara sacra sobreinfectada - Desbridamiento curetaje	Cárdenas	14.580.000	Met	
1-8-06	4-8-06	3	V M	41		Md	Erisipela bilateral MII - Secuelas deTRM	Fernando Mozo	827.676	Met	
6-8-06	14-8-06	8	B F	45		Md	Erisipela - Ulceras en Msls	Valderram a	1.487.967	Met	
12-8-06	21-8-06	9	L S	64		Md	Celulitis MID - SIRS	Yepes	2.190.604	Met	
26-8-06	30-8-06	4	S O	3	62253	Md	Celulitis facial	Quintero	399.862	Met	ok
28-8-06	30-8-06	2	K P	1		Md	Celulitis facial	Monika	425.000	Met	

113

26.744.628

PERIODO SEPTIEMBRE DE 2006

FI	FE	E	NOMBRE	ED A	CUENTA	TTO	DIAGNOSTICO	MD	COSTO	AREA	OBSERVACIONES
27/7/06	30-9-06	65	CA	14		Qx	Úlceras de presión trocantérica - sacra. Secuelas TRM - Desbridamiento - curetaje	Cárdenas	15.000.000	Met	
5/9/06	8-9-06	3	RP	84		Md	Úlcera Vascolar Sobreinfectada+SIRS	Sepúlveda	900.000	Met	
9/9/06	22-9-06	13	ES	74		Md	Dengue-Trombocitopenia-DM- Colelitiasis-Nefropatia diabética- celulitis ampollosa	Pinto	3.913.394	Met	
7/9/06	17-9-06	10	LR	67		Qx	DMT II-Úlceras necróticas sobre infect MII-HTA-Artritis--Doppler arterial- Desbridamiento lesión superficial 40%- UCI	Mozo	5.600.840	Socorro	Falleció
13/9/06	15-9-06	2	SG	11		Md	Celulitis Abscedada por mordedura perro-Unidad Cuidado Intermedio- Habiración Bipersonal	Ana M. González	335.506	Met	
13/9/06	16-9-06	3	ES	45		Md	Celulitis facial-	Tellez	627.892	Met	
14/9/06	15-9-06	1	AE	78		Md	Celulitis-Tromboflebitis	Tellez	250.000	Met	
14/9/06	20-9-06	6	JH	8		Md	Celulitis Facial	Mónica Calderón	1.253.561	San Alber to	
18/9/06	23-9-06	5	AT	53		Md	Celulitis MID		1.250.000	Sant a Rosa	
22/9/06	28-9-06	6	CA	73		Md	OM TII- Úlceras isquemicas MI Infectada	Mozo	1.800.000	Sima cota	

114

30.931.193

PERIODO

OCTUBRE DE 2006

FI	FE	E	NOMBRE	ED A D	CUENTA	TTO	DIAGNOSTICO	MD	COSTO	AREA	OBSERVACIONES
4/10/06	6/10/06	2	S D	8		Md	Celulitis rodilla derecha-Abscesos MIlz	MK	600.000	Met	
13/10/06	22/10/06	9	Z G	67		Md	Ulcera MIIZ-Sobreinfectada	Valderrama	2.398.233	Sabana de Torres	
21/10/06	26/10/06	5	O H	36		Md	Absceso escrotal-celulitis	Pérez	1.966.574	Met	
24/10/06	30/10/06	6	A C	61		Md	Poliglobullia severa - Ulcera varicosa	Casas	978.660	Vetas	
		0									

22

5.943.467

PERIODO NOVIEMBRE DE 2006

FI	FE	E	NOMBRE	ED A D	CUENTA	TTO	DIAGNOSTICO	MD	COSTO	AREA	OBSERVACIONES
27/7/06	30/11/06	30	C S	14		Qx	Escaras trocantérica y sacra sobreinfectada, Secuelas TRM, Osteomielitis crónica. Artrotomía rodilla, tenolisis	MK / Cárdenas	17.720.000	Met	Infección urinaria nosocomial
19/10/06	10/11/06	22	M S	44		Qx	Infección de herida quirúrgica - Desbridamiento - Drenaje de absceso (PIEL)	Freire	12.040.726	Met	Complicación quirúrgica - infección postqx nosocomial

52

29.760.726

PERIODO DICIEMBRE DE 2006

FI	FE	E	NOMBRE	ED A D	CUENTA	TTO	DIAGNOSTICO	MD	COSTO	AREA	OBSERVACIONES
27/7/06	29/12/06	155	C S	14		Qx	Escaras trocantérica y sacra sobreinfectada, Secuelas TRM, Osteomielitis crónica. Artrotomía rodilla, tenolisis. Colgajo - desbridamiento (PIEL)	MK / Cárdenas / Albarracín	12.700.000	Met	
3/12/06	7/12/06	4	M S	43		Md	Celulitis-linfangitis postradioterapia (PIEL)	Mozo	864.846	Met	
7/12/06	11/12/06	4	C M	77		Md	Celulitis MID	Valderrama	600.782	Met	
10/12/06	13/12/06	3	Z T	4		Md	Celulitis perionbitenia	Ana M. Gonzalez	323.341	Met	
11/12/06	19/12/06	8	B Z	71		Md	Ulcera infectada-pie diabético	Cárdenas	1.624.098	Met	
17/12/06	29/12/06	12	D R	65		Md	Celulitis MID-HTA	Mozo	5.924.788	Met	
19/12/06	22/12/06	3	J B	4		Md	Celulitis periorbitaria	MK	374.775	Met	
18/12/06	22/12/06	4	A V	73		Md	Celulitis amputosa-DM TIPO 2 (PIEL)	Mozo	842.089	Met	
18/12/06	22/12/06	4	M M	62		Md	Erisipela MID (PIEL)	Mozo	712.315	Met	
23/12/06	24/12/06	1	E R	1		Md	Celulitis	Ana M. Gonzalez	200.000	Met	

198

24.167.034

PERIODO

ENERO DE 2007

FI	FE	E	NOMBRE	ED A D	ADMISI ON	TTO	DIAGNOSTICO	MD	COSTO	AREA	OBSERVACIONES
29/12/06	2/1/07	4	N A	19		Md	Abceso facial	Pinto	877.435	Met	
13/1/07	16/1/07	3	E F	15		Md	Celulitis periorbitaria	Bermúdez	474.822	Met	
14/1/07	18/1/07	4	D V	8		Md	Celulitis periorbitaria	MK	334.986	El Carm en	
17/1/07	26/1/07	9	A C	72		Md	DM descompensada-Pie diabético- Nefropatia	Pinto	1.421.044	Met	
29/1/07	2/2/07	4	J C	25		Md	Absceso vulvar-Absceso glúteo izquierdo	Pinzón	778.248	Met	
30/1/07	31/1/07	1	N O	15		Md	Ulcer sacra sobreinfectada -secuelas parapleja		1.457.912	Chim a	

25

5.344.447

PERIODO

FEBRERO 2007

FI	FE	E	NOMBRE	ED A D	PRELIQ UIDACI ON	TTO	DIAGNOSTICO	MD	VALOR PRELIQUIDACION	AREA	OBSERVACIONES
30/1/07	13/2/07	14	N O	15		Qx	Desbridamiento piel area general- Ulcera sacra sobreinfectada -secuelas paraplejia	Albarracín	2.725.330	Chim a	
30/1/07	15/2/07	16	S G	31		Md	Secuelas espina bifida celulitis abscedadda de glúteo	Bárcenas	6.228.454	Met	
2/2/07	10/2/07	8	O G	40		Md	Celulitis MID-DM-Asma	Castillo	3.100.847	Met	
17/2/07	20/2/07	3	J D	4	66199	Md	Absceso periodontal - celulitis	MK	314.577	Met	
18/2/07	20/2/07	2	G N	47		Md	Celulitis hemicara derecha	Pinto	378.794	Met	

43

12.748.002

PERIODO

MARZO DE 2007

FI	FE	E	NOMBRE	ED A	PREFAC TURA	TTO	DIAGNOSTICO	MD	COSTO	AREA	OBSERVACIONES
25/2/07	2/3/07	5	H P	55	67912	Qx	Cirrosis - Celulitis abscedada mano derecha	Mozo	806.893	Met	
8/3/07	9/3/07	1	G M	75	64256	Md	Infección herida quirúrgica post reducción de luxofractura de hombro izquierdo	Tellez	203.550	Met	
6/3/07	10/3/07	4	L A	35	69723	Md	Dm descompensada-celulitis abscesada-fitomicosis	Castillo	1.845.405	Met	
12/3/07	17/3/07	5	D R	66	70811	Md	Celulitis MID	Bermúdez	1.190.070	Met	
14/3/07	16/3/07	2	M P	70	71985	Md	Ulcera varicosa crónica en MsIs sobreinfectada con pseudomona - HTA	Pinto	2.882.791	Met	
20/3/07	23/3/07	3	V F	1	71728	Md	Celulitis periorbitaria	MK	410.106	Met	
20/3/07	27/3/07	7	J V	22	72998	Qx	Drenaje absceso mamario-Mastitis-abscesada derecha	Plinzón	1.217.197	Rionegro	
22/3/07	27/3/07	5	Z G	67	72058	Md	Ulcera varicosa sobreinfectada Ulcerada	Castillo	2.406.389	Sabana de Torres	

32**10.962.401**

PERIODO

ABRIL DE 2007

FI	FE	E	NOMBRE	ED A	PREFAC TURA	TTO	DIAGNOSTICO	MD	COSTO	AREA	OBSERVACIONES
29/04/07	09/05/07	10	R L	77	78780	Md	Celulitis MID	Bermudez	2.580.712	Met	
02/05/07	11/05/07	9	J R	54	79531	Md	Celulitis-sobreanticoagulación	Castillo	3.250.776	Met	
21/05/07	25/05/07	4	M M	42	81746	Md	Celulitis periauricular	Castillo	926.178	Met	
23/05/07	26/05/07	3	E R	27	81742	Md	celulitis facial	Mozo	634.641	Met	
28/05/07	31/05/07	3	E M	49		Md	Celulitis MID	Castillo	780.872	Met	
29/04/07	05/05/07	6	D H	33	78209	Qx	Desbridamiento lesion tejidos profundos-sutura pabellon auricular-trauma en cara por mordedura perro	Albarracin	1.264.891	Met	
19/05/07	31/05/07	12	A M	56		Qx	Sepsis-osteomielitis-Ulceras sobreinfectas-Amputación pierna	Gómez	5.000.000	Met	
20/05/07	22/05/07	2	J O	40	80616	Qx	Drenaje de absceso perianal	Carroll	578.035	Met	

49

15.016.105

PERIODO **MAYO DE 2007**

FI	FE	E	NOMBRE	ED A D	PREFAC TURA	TTO	DIAGNOSTICO	MD	COSTO	AREA	OBSERVACIONES
28/5/07	2/6/07	5	E V	49	82833	Md	Celulitis MID	Castillo	780.872	Met	
5/6/07	12/6/07	7	S M	84	77350	Md	Eriscipela	Castillo	2.144.274	Met	
9/6/07	21/6/07	12	B F	46	85748	Md	Eriscipela -obesidad	Bermudez	4.328.073	Met	
12/6/07	16/6/07	4	E S	32	85464	Md	celulitis pierna	Castillo	1.763.144	Met	
14/6/07	30/6/07	16	C S	15	78807	Md	IVU-úlceras-anemia-paraplejia	Mozo	11.511.042	Met	
16/6/07	20/6/07	4	A D	14	85611	Md	Infección herida Qx	Quintero	869.258	Met	
25/6/07	30/6/07	5	M A	63	80347	Md	Celulitis MSD- ca mama	Pinto	994.509	Met	
25/6/07	30/6/07	5	J S	62	80335	Md	Celulitis pie-Diabetes	Pinto	1.713.862	Met	
19/5/07	6/6/07	18	A M	56	85185	Qx	Sepsis-osteomielitis-Ulceras sobreinfectas-Amputación pierna	Gómez	9.984.306	Met	Falleció
26/6/07	29/6/07	3	H D	40	80548	Qx	Infección herida QX	Pinzón	467.103	Met	

79

34.556.443

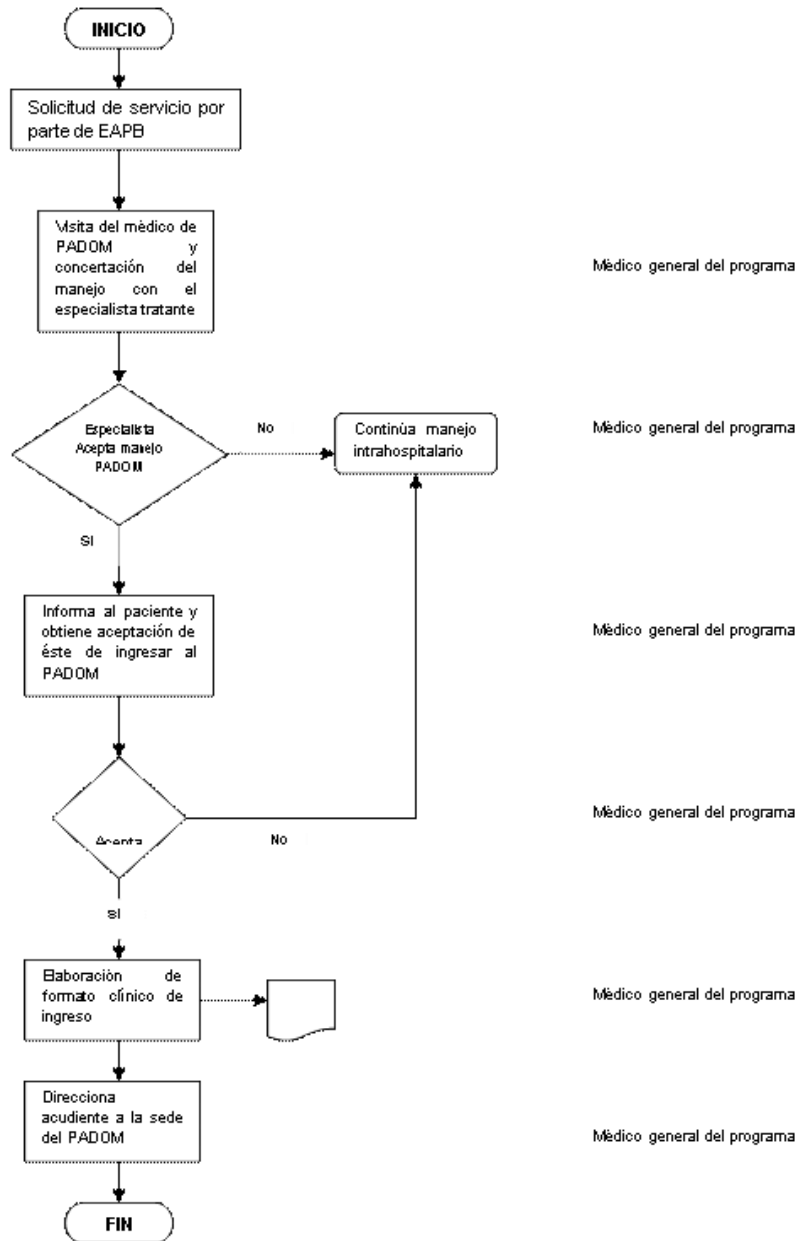
CONSOLIDADO

Nº de pacientes/año		94
Costo total	\$	320.460.785,00
Costo por Usuario	\$	3.409.157,29
Nº de días de estancia	\$	905,00
Promedio estancia	\$	9,63
Costo habitación bipersonal	\$	96.536,00
Costo honorarios de especialista/día	\$	15.095,00
Costo fijo diario hospitalario	\$	111.631,00
Costo fijo PADOM	\$	84.000,00
Ahorro diario	\$	27.631,00
	\$	101.026.055,00
	\$	76.020.000,00
	\$	25.006.055,00

ANEXO 3 PROCESOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA PADOM

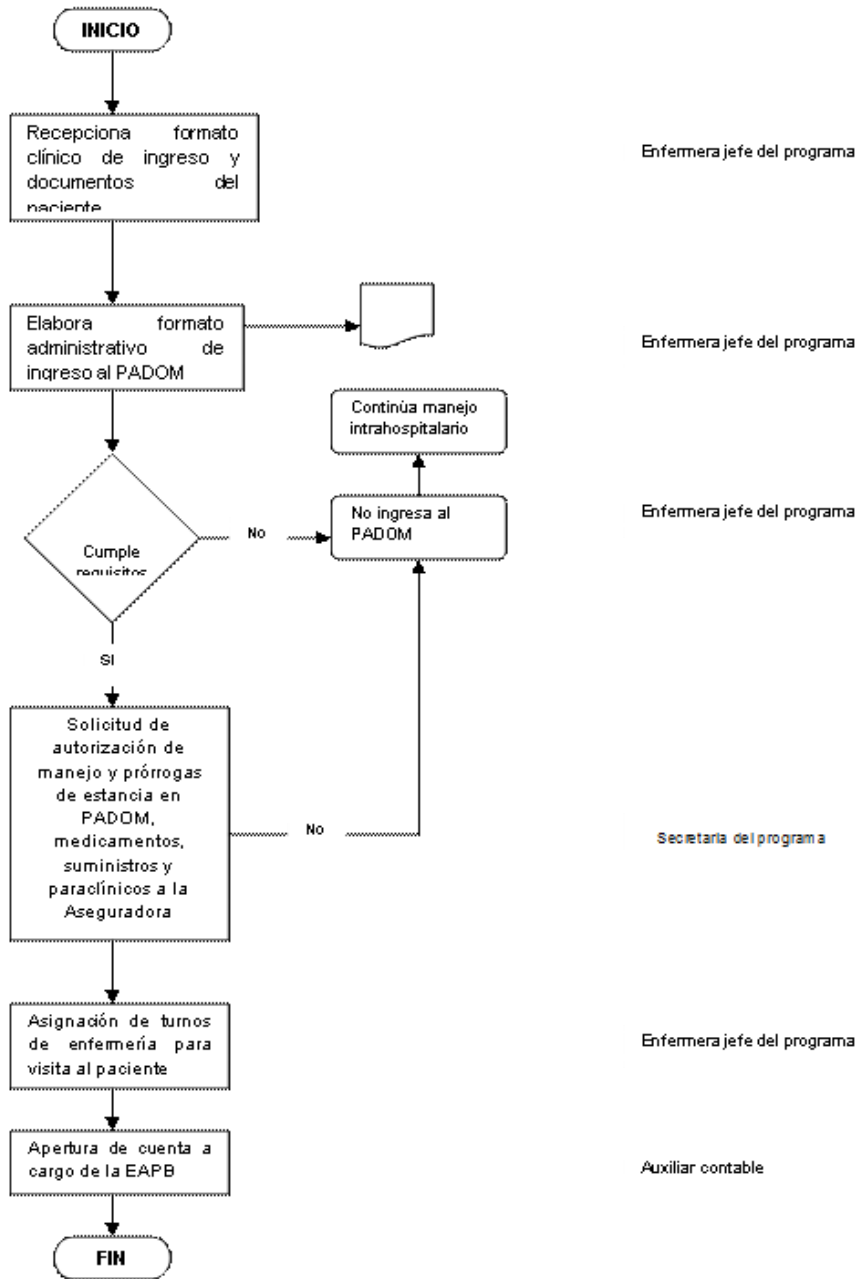
NOMBRE:	PROCESO CLINICO DE INGRESO AL PADOM
OBJETIVO DEL PROCESO:	Captar Usuarios para ingresar al programa de atención domiciliaria de acuerdo a los requisitos previamente establecidos
RESPONSABLE DEL PROCESO:	Médico general del programa PADOM

Actividades del proceso	Responsable
-------------------------	-------------



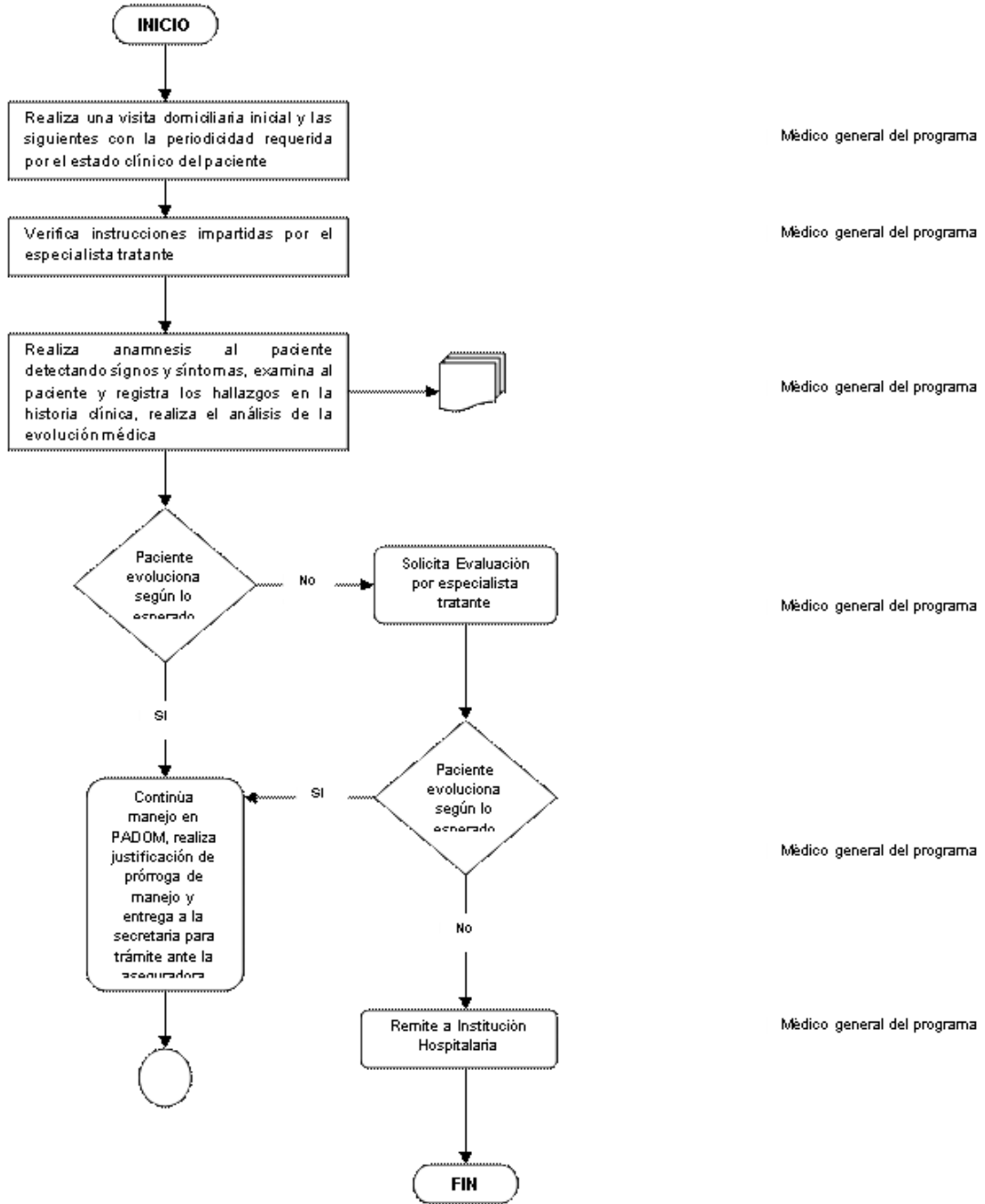
NOMBRE:	PROCESO ADMINISTRATIVO DE INGRESO AL PADOM
OBJETIVO DEL PROCESO:	Legalizar el ingreso del paciente para prestar el servicio acorde con los convenios establecidos
RESPONSABLE DEL PROCESO:	Enfermera jefe del programa PADOM

Actividades del proceso	Responsable
-------------------------	-------------



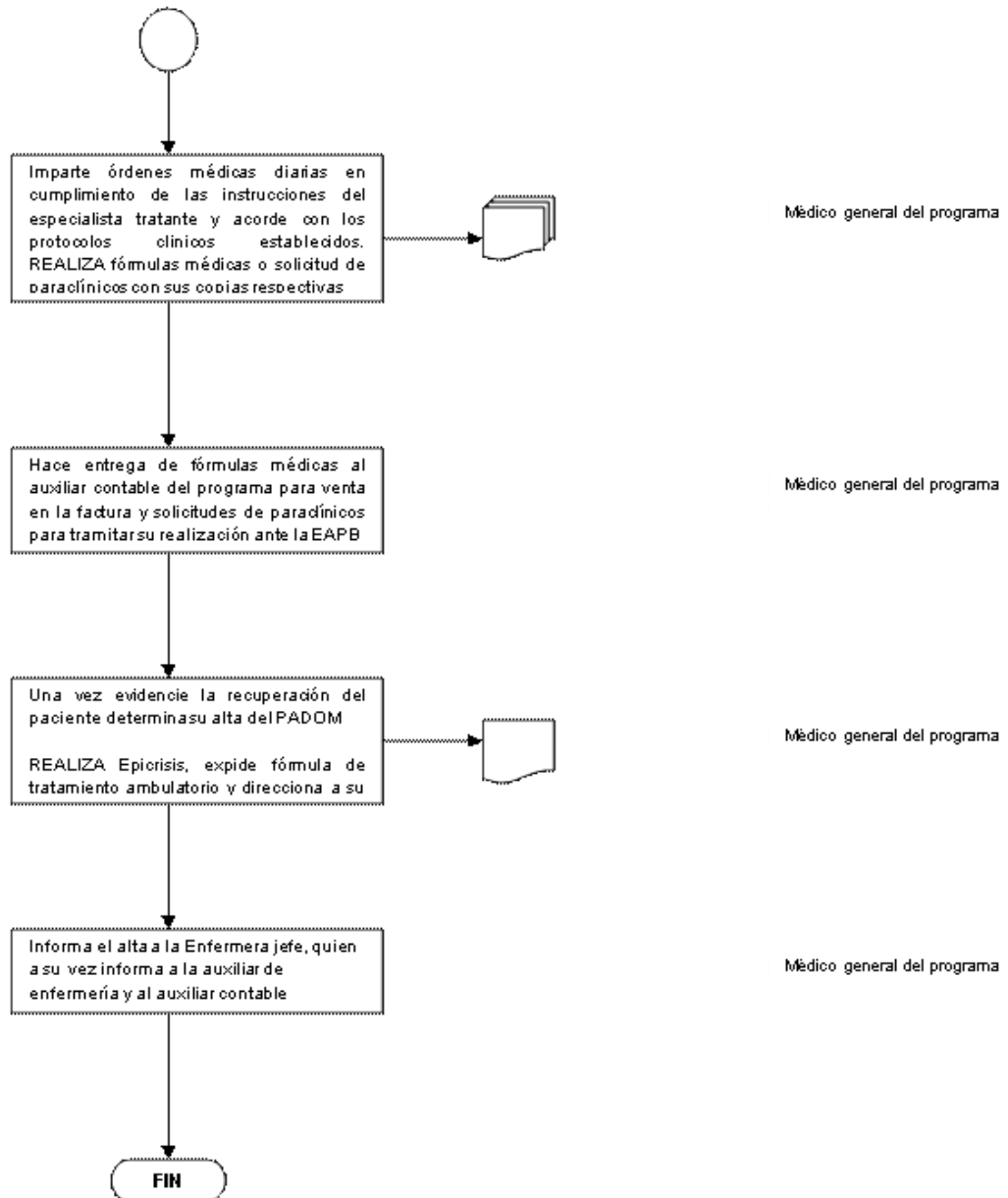
NOMBRE:	PROCESO DE ATENCION MEDICA EN PADOM
OBJETIVO DEL PROCESO:	Ofrecer atención médica domiciliaria de la más alta calidad, conforme a los procesos y protocolos clínicos definidos
RESPONSABLE DEL PROCESO:	Médico general del programa PADOM

Actividades del proceso	Responsable
-------------------------	-------------



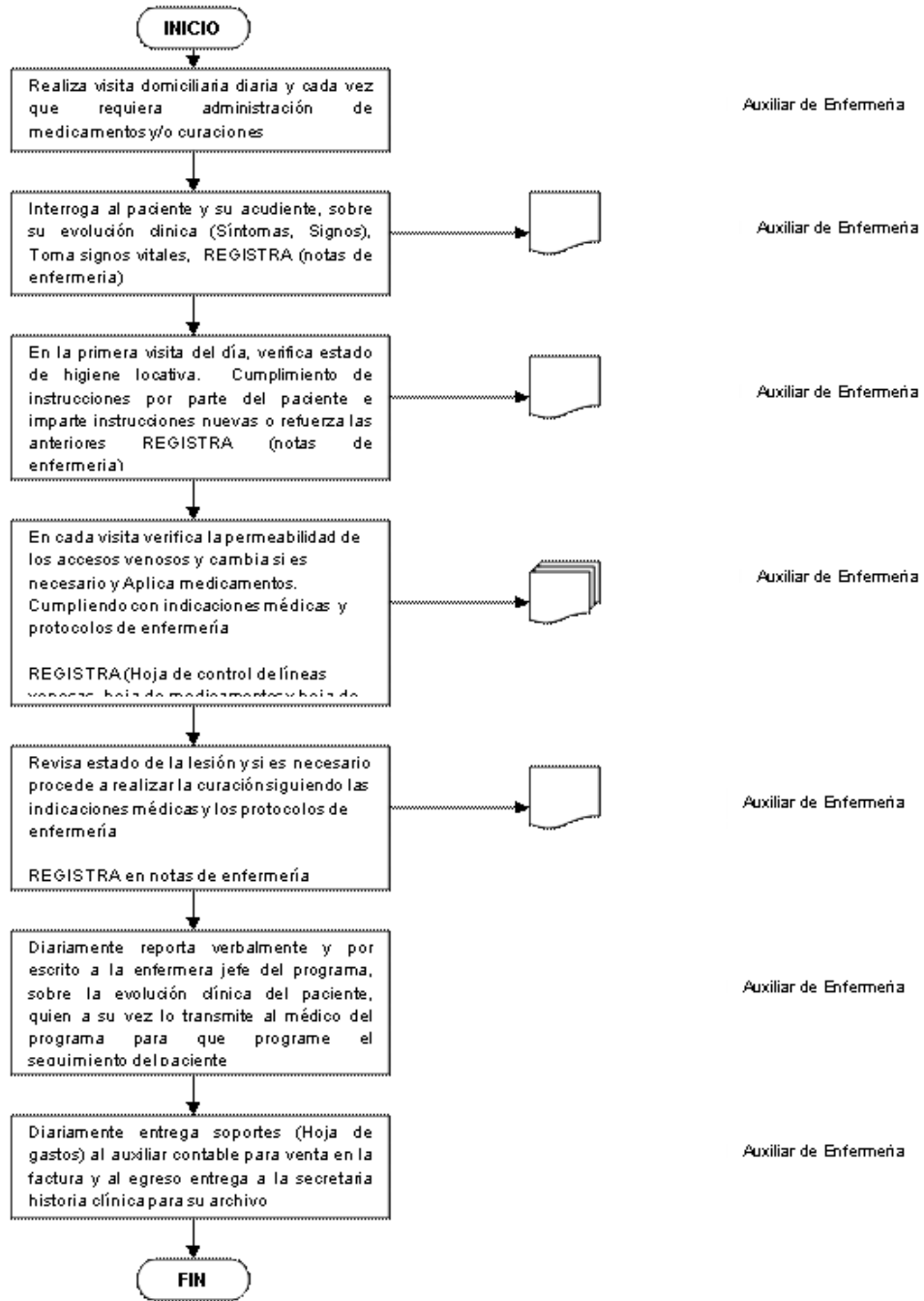
NOMBRE:	PROCESO DE ATENCION MEDICA (2) EN PADOM
OBJETIVO DEL PROCESO:	Ofrecer atención médica domiciliar de la más alta calidad, conforme a los procesos y protocolos clínicos definidos
RESPONSABLE DEL PROCESO:	Médico general del programa PADOM

Actividades del proceso	Responsable
-------------------------	-------------



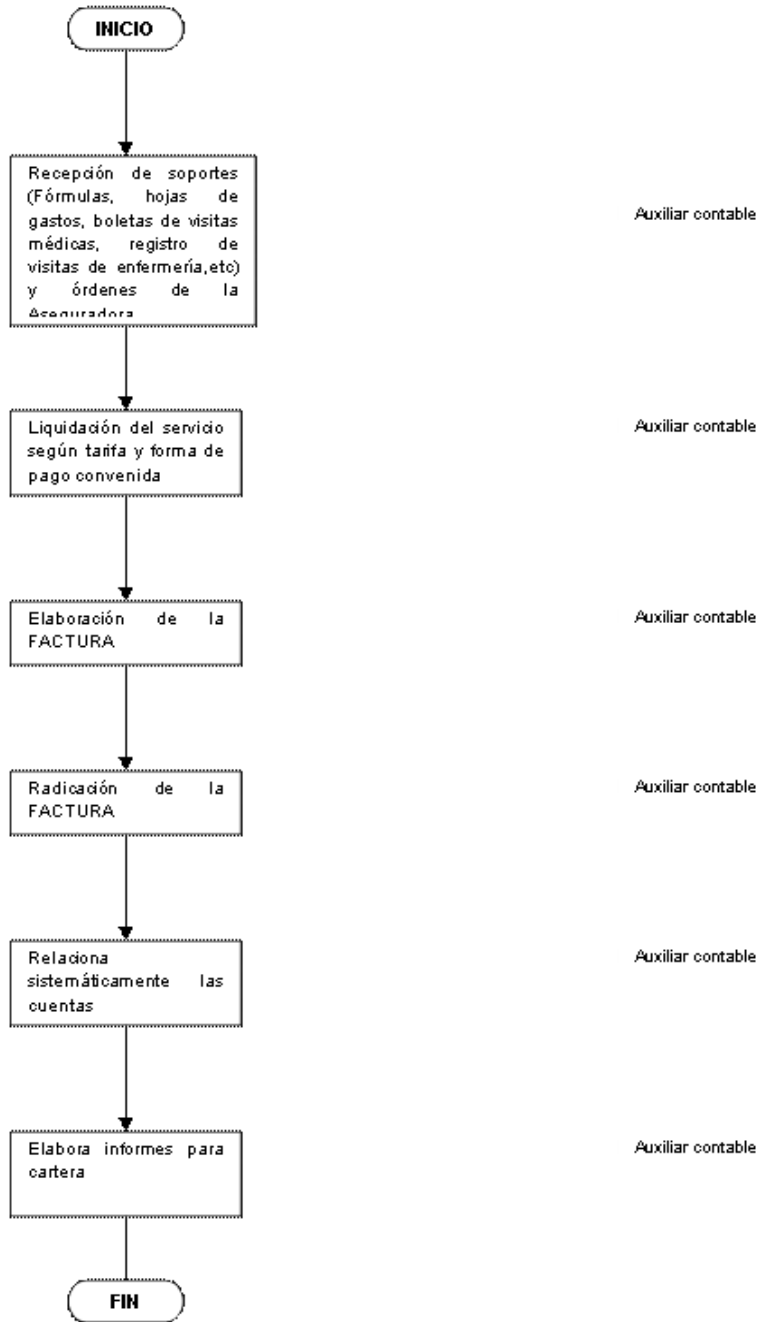
NOMBRE:	PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PADOM
OBJETIVO DEL PROCESO:	Dar cumplimiento a las órdenes médicas y a los protocolos de atención de enfermería, con calidez y calidad
RESPONSABLE DEL PROCESO:	Auxiliar de enfermería

Actividades del proceso	Responsable
-------------------------	-------------



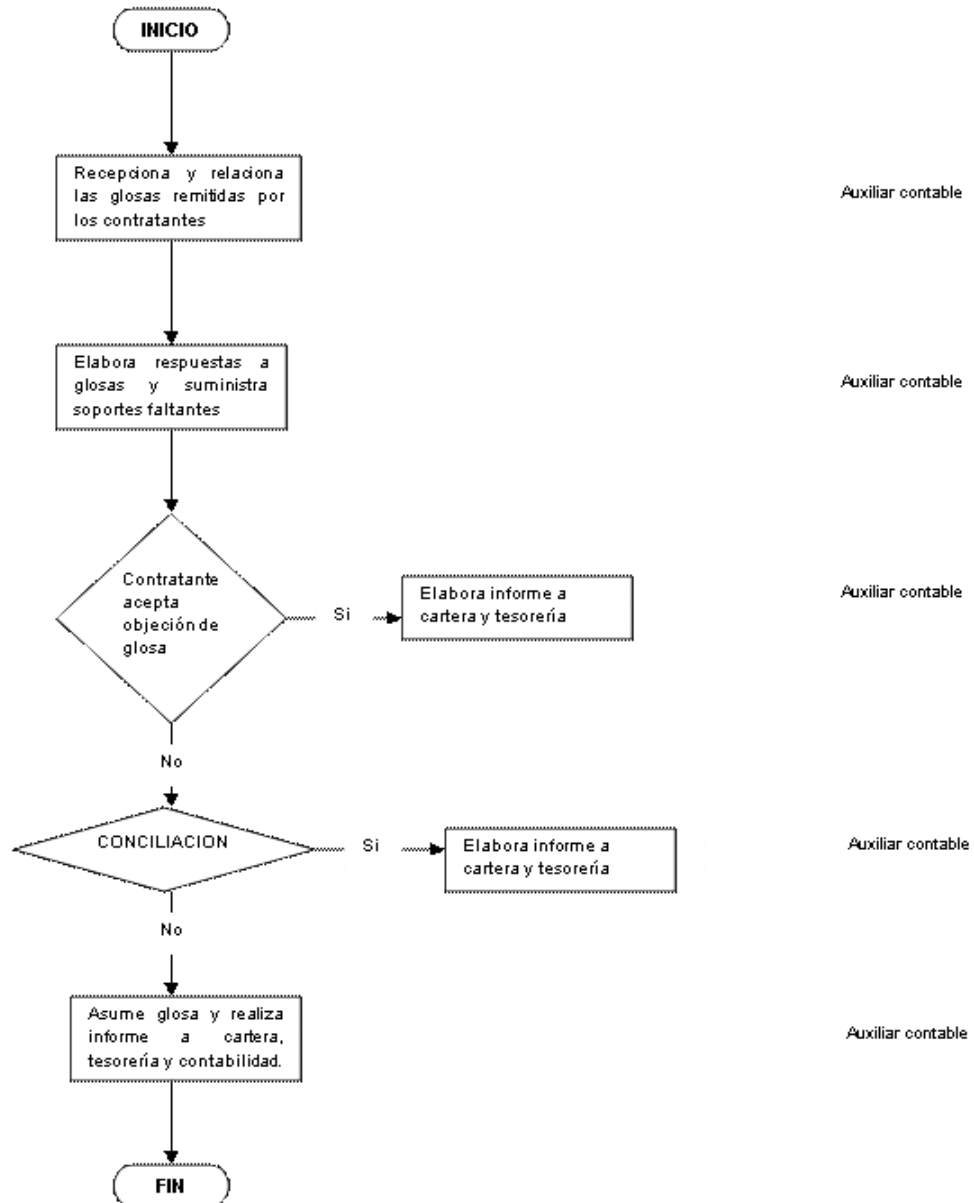
NOMBRE:	PROCESO DE FACTURACION EN PADOM
OBJETIVO DEL PROCESO:	Realizar el cobro de los servicios en cumplimiento de los convenios establecidos
RESPONSABLE DEL PROCESO:	Secretaria del programa PADOM

Actividades del proceso	Responsable
-------------------------	-------------



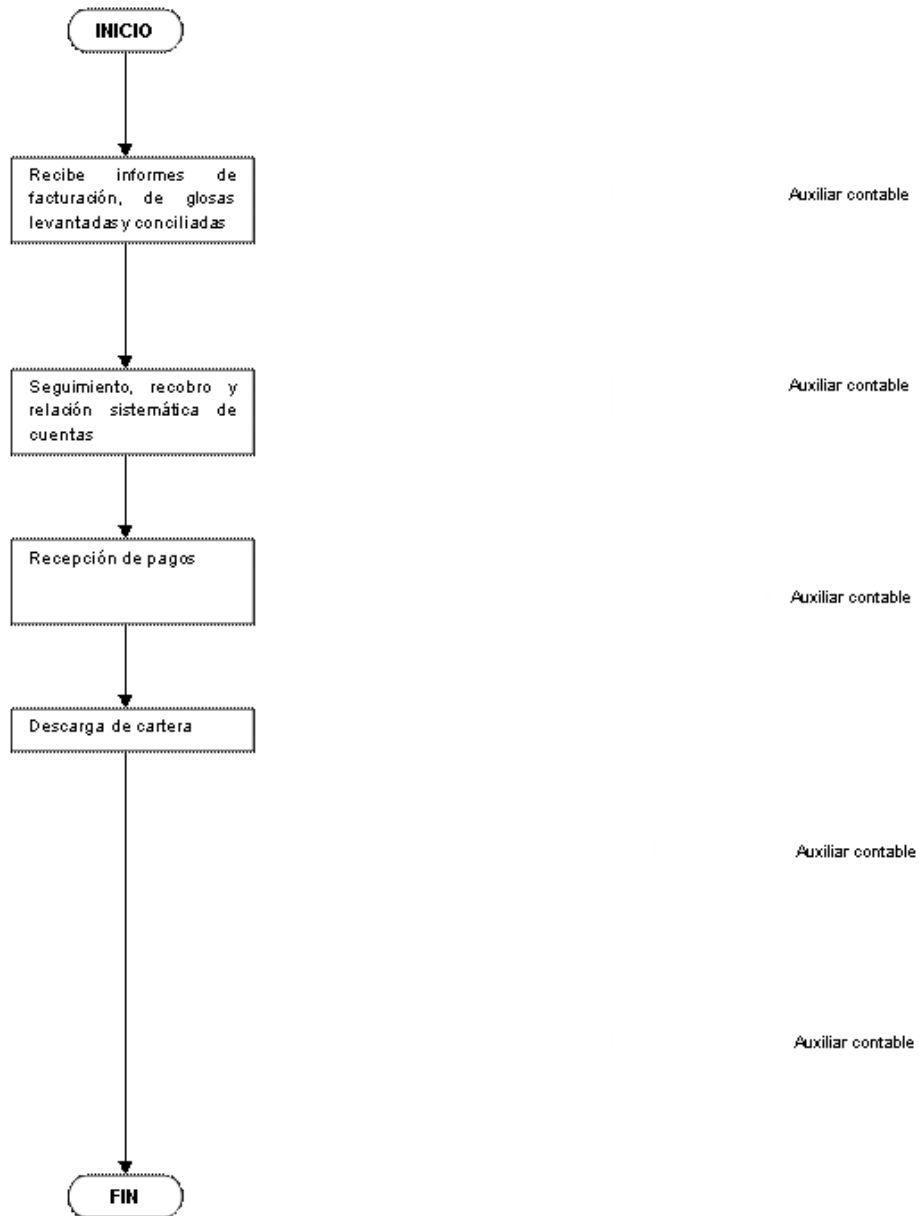
NOMBRE:	PROCESO DE RECEPCION Y RESPUESTA DE GLOSAS
OBJETIVO DEL PROCESO:	Soportar la mayor cantidad de glosas, para evitar la pérdida de dinero recobrabable
RESPONSABLE DEL PROCESO:	Auxiliar contable del PADOM

Actividades del proceso	Responsable
-------------------------	-------------



NOMBRE:	PROCESO DE CARTERA
OBJETIVO DEL PROCESO:	Recaudar pagos de facturas y glosas objetadas conforme a los contratos establecidos
RESPONSABLE DEL PROCESO:	Auxiliar contable del PADOM

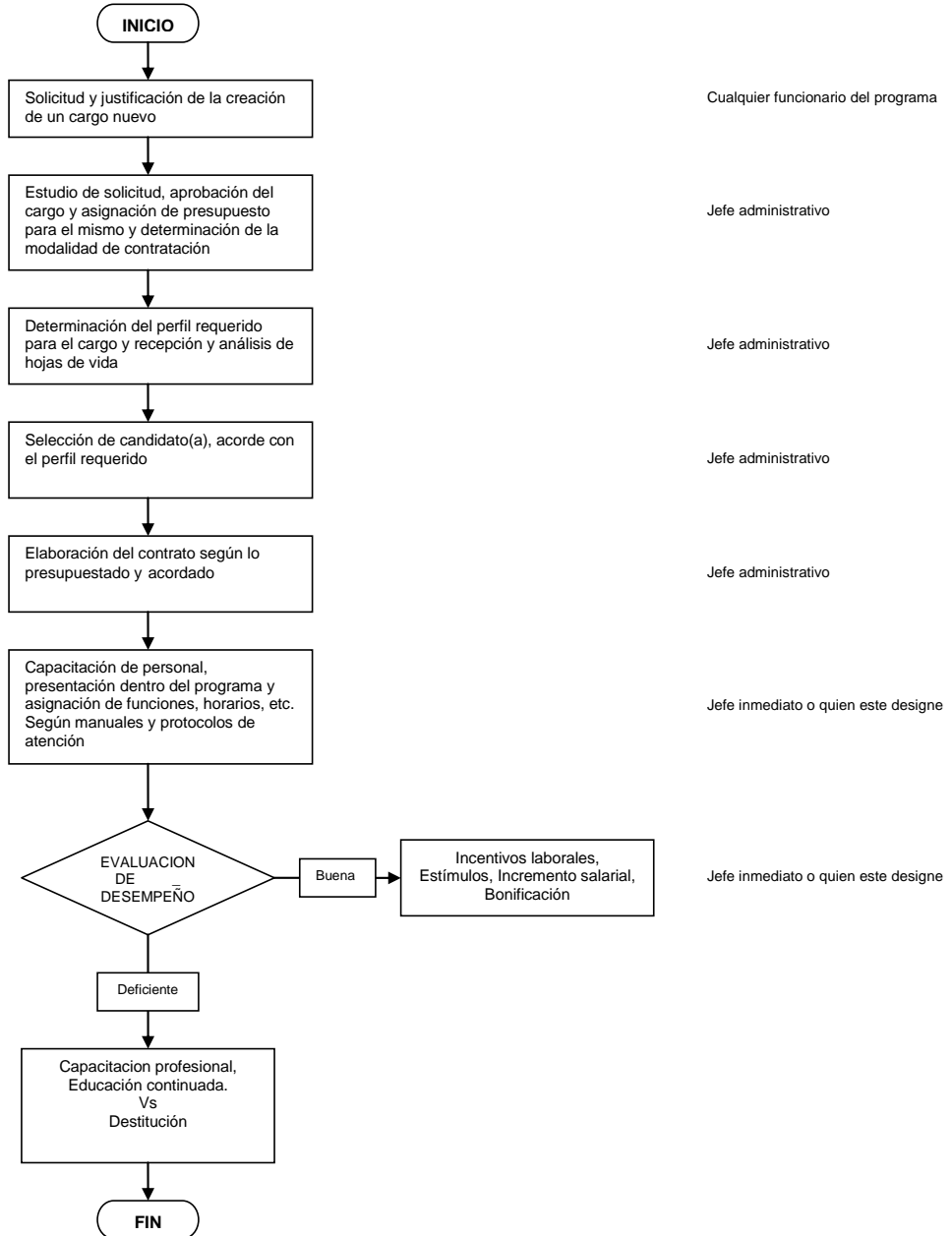
Actividades del proceso	Responsable
-------------------------	-------------



ANEXO 4 PROCESO DE LA SELECCIÓN Y CONTRATACIÓN DE RECURSO HUMANO

NOMBRE:	PROCESO DE LA SELECCIÓN Y CONTRATACIÓN DE RECURSO HUMANO
OBJETIVO DEL PROCESO:	Garantizar la excelente atención al Usuario centrado en el adecuado desarrollo del recurso humano dentro del programa
RESPONSABLE DEL PROCESO:	Jefe administrativo de PADOM

Actividades del proceso	Responsable
-------------------------	-------------



ANEXO 5 DIAGNOSTICO Y MANEJO DE LAS LESIONES DE TEJIDOS BLANDOS²⁶

PATOLOGIA	CODIGO CIE 10	AGENTE ETIOLOGICO	CARACTERISTICAS CLINICAS	TRATAMIENTO
IMPETIGO	L 010	Estreptococo del grupo A S. Aureus	Lesiones vesiculosas rodeadas de halo inflamatorio y ampollas de paredes finas que se transforman en pústulas frágiles que tienden a confluir y producir grandes erosiones cutáneas con formación de las típicas costras melicéricas.	Cefalosporina de 1 ^a generación, 500 mg cada 6 horas vía parenteral Amoxicilina + Clavulámico, 500/125 mg cada 6 horas Macrólido como Claritromicina 500 mg cada 12 horas
FOLICULITIS	L 72	S. Aureus	Pústulas rojizas pruriginosas que afectan a los folículos pilosos.	Cefalosporina de 1 ^a generación, 500 mg cada 6 horas vía parenteral
FORUNCULOS Y ANTRAX	L 02.9	S. Aureus	Nódulo inflamatorio profundo que no sobrepasa la dermis. Cuando varias lesiones confluyen forman abscesos profundos hasta la grasa subcutánea con bocas múltiples por las que drena pus denominado antrax ó carbunco.	Cefalosporina de 1 ^a generación, 500 mg cada 6 horas vía parenteral Amoxicilina + Clavulámico, 500/125 mg cada 6 horas Macrólido como Claritromicina 500 mg cada 12 horas
HIDROSADENITIS	L 73.2	Streptococcus sp	Infección crónica de las glándulas	Cefalosporina de 1 ^a generación, 500 mg a

²⁶MASOLIVER, JR. Fundamentos De Medicina Interna. Enfermedades Infecciosas. Cuarta Edición. 1974. P 338 - 351
Guías de manejo del Ministerio de Salud de Colombia.

PATOLOGIA	CODIGO CIE 10	AGENTE ETIOLOGICO	CARACTERISTICAS CLINICAS	TRATAMIENTO
SUPURATIVA		E. coli Proteus sp Anaerobios	apocrinas en axilas, genitales y región perianal.	1 gramo cada 6 horas vía parenteral Amoxicilina + Clavulámico, 500/125 mg cada 6 horas
ERISIPELAS	A 46	Streptococcus A productor de hialuronidasa	Celulitis superficial (dermis) con afectación linfática prominente. Se caracteriza por la aparición brusca de una tumefacción roja brillante, edematosa e indurada en la cara ó en las extremidades con un borde de avance sobreelevado y bien delimitado que progresa rápidamente, con frecuencia tiene fiebre e intenso dolor.	Penicilina G cristalina, 2.000.000 UI cada 6 horas Cefalosporina de 1ª generación, 1 gramo cada 6 horas Vancomicina, 1 gramo cada 12 horas
CELULITIS SIMPLE	L 03	S. pyogenes S. Aureus	Inflamación de la piel que se extiende más profundamente que la erisipela incluyendo la grasa del tejido celular subcutáneo. Hay dolor, calor, eritema (que aumenta rápidamente) y con frecuencia fiebre.	Cefalosporina de 1ª generación, 1 gramo cada 6 horas Penicilina G cristalina, 2.000.000 UI cada 6 horas

PATOLOGIA	CODIGO CIE 10	AGENTE ETIOLOGICO	CARACTERISTICAS CLINICAS	TRATAMIENTO
INFECCIONES NECROTIZANTES DE TEJIDOS SUPERFICIALES (GANGRENAS)	R 02	CLASIFICACION DE INFECCIONES NECROTIZANTE DE PIEL Y TEJIDOS BLANDOS	Se caracterizan por la inflamación progresiva con necrosis de la piel, tejido celular subcutáneo	Penicilina G cristalina, 4.000.000 UI cada 6 horas Clindamicina 300 mg c/6 horas Oxacilina 2 gramos cada 6 horas Amikacina Tratamiento local: Desbridamiento, drenaje
		I. Infecciones que afectan fundamentalmente a la piel y a la grasa subcutánea (CELULITIS NECROTIZANTE) v Celulitis crepitante anaeróbica (Clostridium) v Gangrena bacteriana sinérgica		

PATOLOGIA	CODIGO CIE 10	AGENTE ETIOLOGICO	CARACTERISTICAS CLINICAS	TRATAMIENTO
		progresiva v Celulitis necrotizante del inmunodeprimido (BGN, hongos) v Celulitis necrotizante por extensión de una fascitis o una mionecrosis		
FASCITIS NECROTIZANTE		II. Infecciones que afectan primariamente a la grasa subcutánea y a la fascia (FASCITIS NECROTIZANTE) v Tipo I (flora mixta sinérgica) incluye gangrena de Fournier v Tipo II	Se caracterizan por la inflamación progresiva con necrosis de las Fascias y en ocasiones músculo.	Ceftriaxona, 2 gramos /día + Metronidazol 500 mg cada 8 horas + Aminoglicósido (Gentamicina 80 mg cada /12 horas) Imipenem Tratamiento local: Desbridamiento, drenaje

PATOLOGIA	CODIGO CIE 10	AGENTE ETIOLOGICO	CARACTERISTICAS CLINICAS	TRATAMIENTO
		(gangrena hemolítica estreptocócica de Meleney) v Otras (Streptococcus no A, BGN)		
		III. Infecciones que afectan primariamente al músculo esquelético (MIONECROSIS INFECCIOSAS) v Mionecrosis clostridiana (Gangrena gaseosa) v Mionecrosis no clostridiana (Streptococcus A, Aeromonas, Peptoestreptococcus)		

PATOLOGIA	CODIGO CIE 10	AGENTE ETIOLOGICO	CARACTERISTICAS CLINICAS	TRATAMIENTO
PIOMIOSITIS	M 600	S. Aureus Streptococcus Enterococcus	Infección bacteriana del músculo esquelético caracterizado por dolor, edema e induración dolorosa de los músculos afectados. Los traumatismos musculares previos pueden ser el factor predisponente para que aniden los gérmenes en el músculo, generalmente por vía hematógica.	Oxacilina 2 gramos cada 8 horas Vancomicina, 1 gramo cada 12 horas Cefalosporina de 3ra generación
INFECCIONES POR MORDEDURAS	T 01.9	En las mordeduras de animales se encuentra flora bucal del animal, aerobia de la boca (Streptococcus spp.) y anaerobia (Peptostreptococcus, Prevotella, Porphyromonas, fusobacterium y Leptotrichia) y S. aureus. En las	Las mordeduras de animales suelen afectar a las extremidades, causando una celulitis con linfangitis, que por continuidad puede extenderse a los tejidos de la vecindad (artritis, osteomielitis, etc) y por vías sanguínea ocasionar una bacteremia e infecciones de localizaciones distantes (endocarditis, meningitis, etc).	Ampicilina Sulbactam Amoxicilina + Clavulámico Ceftriaxona + Clindamicina Carbapenem

PATOLOGIA	CODIGO CIE 10	AGENTE ETIOLOGICO	CARACTERISTICAS CLINICAS	TRATAMIENTO
		<p>mordeduras de gato es muy frecuente encontrar P. multocida, y en las de la rata Clostridium tetani, Leptospira spp, Francisella tularensis, Spirillum minus y Streptobacillus moniliformis, causante de la fiebre por mordedura de este roedor. Las infecciones por mordeduras humanas están producidas por la flora bucal aerobia y anaerobia, S. aureus y E., Corrodens, y en menor medida por</p>		

PATOLOGIA	CODIGO CIE 10	AGENTE ETIOLOGICO	CARACTERISTICAS CLINICAS	TRATAMIENTO
		Actinomyces spp.		
INFECCIONES DE HERIDA QUIRURGICA	T 81.9	Los patógenos hallados con mayor frecuencia son los de la piel, como S. aureus y S. epidermidis, y los intestinales como enterobacterias, Enterococcus faecalis y anaerobios, junto con P. aeruginosa y Streptococcus spp.	La infección de una herida quirúrgica es una de las principales complicaciones de la cirugía y una de las infecciones nosocomiales más prevalentes. Su desarrollo está en relación directa con el grado de contaminación microbiana que se produce en la intervención. Los microorganismos causales proceden de la flora del paciente, con las variaciones esperadas según la región anatómica involucrada, ó del exterior (personal de salud, material e instrumental empleado ó del medio ambiente).	Ampicilina Sulbactam Gentamicina Clindamicina Ceftriaxona + Clindamicina Carbapenem
INFECCIONES ASOCIADAS A ULCERAS POR PRESION	L 89	En la zona sacra y los talones la infección suele ser polimicrobiana, con participación de cocos grampositivos	Las úlceras por presión son consecuencia de las necrosis de los tejidos blandos que se producen por la compresión prolongada de los vasos sanguíneos y linfáticos entre una prominencia ósea y una	Ampicilina Sulbactam Gentamicina Clindamicina Ceftriaxona + Clindamicina Carbapenem

PATOLOGIA	CODIGO CIE 10	AGENTE ETIOLOGICO	CARACTERISTICAS CLINICAS	TRATAMIENTO
		y bacilos gramnegativos aerobios y anaerobios, probablemente procedentes de la flora fecal.	superficie externa. Se localizan principalmente en el área sacrocoxígea, los talones y los codos. Constituyen una de las complicaciones más temidas en pacientes ancianos e inmovilizados por su morbilidad y la posibilidad de sepsis.	
INFECCIONES EN EL PIE DIABETICO		Las infecciones del pie diabético son mixtas producidas por cocos grampositivos y bacilos gramnegativos aerobios y anaerobios. En las superficies predominan los grampositivos (S, aureus y Streptococcus spp),	Son una de las complicaciones más frecuentes en los diabéticos y el primer motivo de hospitalización de estos enfermos, con estancias muy prolongadas, así como la principal causa de amputación no traumática. Entre los factores predisponentes más importantes están la neuropatía y la vasculopatía.	Leve: Aminopenicilina o Cefalosporina de 1ª generación, 1 gramo cada 6 horas Clindamicina 300 mg cada 8 horas Grave: Aminopenicilina 1.5 gramos cada 6-8 horas o Cefalosporina de 3ra generación o Ciprofloxacina 500 mg cada 12 horas + Clindamicina 300 cada 6 horas, o Imipenem 500 mg cada 6 horas.

PATOLOGIA	CODIGO CIE 10	AGENTE ETIOLOGICO	CARACTERISTICAS CLINICAS	TRATAMIENTO
		<p>mientras que en las más profundas, que amenazan la supervivencia del miembro, se añaden bacilos gramnegativos (enterobacterias y P. aeruginosa) y anaerobios (Streptococcus spp., Peptoestreptococcus y Bacteroides del grupo fragilis).</p>		
ECTIMA	L 88	Estreptococo del grupo A	<p>Es una pioderma profunda que ataca principalmente extremidades inferiores y nalgas. Comienza de forma similar al impétigo común pero se extiende más profundamente penetrando la capa de le epidermis. Aparece como una vesícula rodeada por un halo rojo</p>	<p>Cefalosporina de 1ª generación, 500 mg cada 6 horas vía parenteral Amoxicilina + Clavulámico, 500/125 mg cada 6 horas Macrólido como Claritromicina 500 mg cada 12 horas</p>

PATOLOGIA	CODIGO CIE 10	AGENTE ETIOLOGICO	CARACTERISTICAS CLINICAS	TRATAMIENTO
			que aumenta progresivamente de tamaño formando luego una costra amarilla grisásea rodeada por un collarete de piel desprendida que al caer deja una úlcera de profundidad variable con aspecto de "sacabocado" cuyo borde es duro, de color violáceo, y su base granulomatosa se extiende hacia la profundidad.	
PARONQUIA	L-030	S. aureus Streptococo del grupo A Cándida P. aeruginosa	Es una infección en la piel que rodea a las uñas en los pies ó manos. Suele responder a tratamiento oral sin embargo en pacientes diabéticos ó inmunosuprimidos puede requerir drenaje quirúrgico. En algunas ocasiones se acompaña de infección por hongos.	Penicilina G cristalina, 4.000.000 UI cada 6 horas Clindamicina 300 mg c/6 horas Oxacilina 2 gramos cada 6 horas Amikacina

PATOLOGIA	CODIGO CIE 10	AGENTE ETIOLOGICO	CARACTERISTICAS CLINICAS	TRATAMIENTO
ERITRASMA	L 081	Pseudomona Aspergillus Mucormicosis	Es una infección bacteriana prolongada caracterizada por lesiones café-rojizas con bordes bien definidos, los cuales se presentan en zonas húmedas de los pliegues de la piel (región inguinal ó axilar). Se presenta generalmente en climas cálidos y predisponen la obesidad y la diabetes.	Oxacilina 2 gramos cada 8 horas Vancomicina, 1 gramo cada 12 horas Cefalosporina de 3ra generación
ESCARLATINA	A 38	Estreptococo del grupo A S. Aureus	La erupción cutánea es el síntoma más evidente de la escarlatina. Al comienzo suele tener el aspecto de una quemadura solar con pequeños puntos sobreelevados que producen picazón. La erupción comienza primero en el cuello y la cara, luego se extiende al pecho y espalda y después se generaliza al resto del cuerpo. En los pliegues de la piel, especialmente en las axilas y los codos, la erupción forma las	Penicilina G cristalina, 4.000.000 UI cada 6 horas Clindamicina 300 mg c/6 horas Oxacilina 2 gramos cada 6 horas Amikacina

PATOLOGIA	CODIGO CIE 10	AGENTE ETIOLOGICO	CARACTERISTICAS CLINICAS	TRATAMIENTO
			clásicas manchas rojas. Se acompaña de otros síntomas como inflamación de los ganglios del cuello, dolor de garganta y fiebre.	
SINDROME DE PIEL ESCALDADA	L 00	S. aureus	Se caracteriza por la formación de ampollas en los sitios afectados (generalmente alrededor de la nariz y orejas) con zonas enrojecidas en torno al sitio de la infección. Se acompaña de fiebre, astenia, adinamia y pérdida de fluidos. La capa superficial de la piel comienza a exfoliarse. Se presenta generalmente en la infancia temprana, sin embargo también se presenta en adultos inmunosuprimidos ó con insuficiencia renal.	Cefalosporina de 1ª generación Penicilina antiestafilocócica (Oxacilina)
ERITEMA NODOSO	L 52	Estreptococo del grupo A M. tuberculosis M. leprae	Son nódulos redondeados y ovalados, mal definidos, de consistencia dura, color rojo y dolorosos a la presión. Presentan	Penicilina G cristalina, 4.000.000 UI cada 6 horas Clindamicina 300 mg c/6 horas Oxacilina 2 gramos cada 6 horas

PATOLOGIA	CODIGO CIE 10	AGENTE ETIOLOGICO	CARACTERISTICAS CLINICAS	TRATAMIENTO
			<p>un carácter bilateral y simétrico y se localizan preferencialmente en miembros inferiores, a lo largo de la cresta tibial y en las rodillas. Se acompañan de fiebre, astenia, adinamia y artritis/artralgias de preferencia en rodillas y tobillo.</p>	Amikacina
HERPES ZOSTER COMPLICADO	B 009	Virus varicella zoster	<p>Inicia con dolor, hormigueo ó ardor en la zona afectada.</p> <p>Posteriormente aparecen pequeñas ampollas que se rompen formando úlceras en la piel. Se acompaña de fiebre, malestar general, inflamación de los ganglios linfáticos y pérdida de visión ó audición (en caso de compromiso ocular ó auditivo). Puede acompañarse de infecciones bacterianas sobreagregadas, encefalitis ó sepsis en personas inmunosuprimidas.</p>	<p>Aciclovyr, 400 mg cada 6 horas.</p> <p>Tratamiento antibiótico correspondiente si hay sobreinfección.</p>

ANEXO 6 GUIAS DE MANEJO DE ENFERMERIA – PADOM ²⁷

VIAS DE AMINISTRACION PARENTERAL DE MEDICAMENTOS

El tratamiento domiciliario, aplica a todo paciente que requiera la vía parenteral o sea todas las formas de inyección en los tejidos ó líquidos corporales.

RECOMENDACIONES:

- En los casos en que la velocidad de perfusión deba ser exacta se debe utilizar equipo de bomba de infusión, sin dejar de controlar la infusión por lo menos cada treinta minutos. El equipo de infusión no debe hallarse al alcance del paciente y de ser posible colocarle seguro a la bomba de infusión para que no haya manipulación accidental ó intencional.
- Rotular la bolsa de solución intravenosa con el nombre correcto del paciente, medicamento, dosis, fecha, hora de inicio, peso del paciente (si la dosis lo requiere) y nombre de la enfermera que inició la infusión.
- Cambiar las mezclas de Solución Salina Normal (SSN) cada 24 horas y de Dextrosa en Agua Destilada (DAD) cada 24 horas y cambiar los equipos de administración de medicamentos cada 72 horas.
- En general, el tiempo de administración de los medicamentos es de 30 minutos excepto los antibióticos que deben ser administrados en 60 minutos.
- Limpiar la superficie del tapón ó del buretrol en el sitio de inyección del medicamento.

²⁷GUASCA CAICEDO, Esperanza. “Administración de medicamentos parenterales”. Disponible en: www.aibarra.org/Apuntes/críticos/Guias/Enfermería/Administración_demedicamentos_parenteralespdf. Consultado el 3 Julio de 2011

- No realizar mezclas de los siguientes antibióticos: aminoglicósidos con penicilinas; cefalotina con gentamicina; cefalotina con solumedrol y clindamicina con ciprofloxacina. Además programar su administración en diferente horario.
- Revisar la venopunción antes de administrar el medicamento.
- Una vez terminada la infusión, lavar la vena con 10 ml del líquido endovenoso de base en los adultos y 0.3 en neonatos.
- Los medicamentos inyectables tienen un rango de ph 4-8 y los vehículos que ofrecen menos problemas de solubilidad de medicamentos son aquellos libres de iones (D 5% AD y SSN).
- Las vías heparinizadas son un sistema muy utilizado para la administración de medicamentos por vía intravenosa en forma intermitente. La vena se mantiene permeable mediante el lavado con heparina o SSN, después de la administración del medicamento.
- Durante los primeros 15 minutos de administración se deben vigilar la aparición de signos de reacción alérgica.
- Verificar la compatibilidad del medicamento con la solución de dilución.
- No mezclar dos medicamentos en una misma infusión, puesto que si se presenta una reacción alérgica no se puede identificar el medicamento causante.
- Se debe agitar muy bien el medicamento con la solución y verificar que no haya formación de cristales ó presencia de solución lechosa. Si al adicionar el disolvente hay formación de espuma e debe dejar en reposo, permitir la reconstitución espontánea del medicamento y luego envasar.

- No mezclar medicamentos durante la infusión ya que las interacciones físicas y químicas entre las mismas son impredecibles.
- Refrigerar las soluciones reconstituidas.

VIA INTRAMUSCULAR

El medicamento se inyecta en el tejido muscular. Los puntos de inyección varían de acuerdo con la cantidad máxima de administración; una inyección de 3ml se considera segura en la mayoría de los casos.

NORMAS GENERALES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS:

- Todo medicamento que se administre al paciente domiciliario debe ser ordenado por el médico general ó especialista pertenecientes al programa.
- La enfermera es la responsable de registrar la administración del medicamento y debe abstenerse de anotar la medicación antes de suministrarla ó cuando el procedimiento lo realice otra persona.
- Siempre registrar e medicamento inmediatamente después de su aplicación a fin de evitar sobredosis.
- Registrar en las notas de enfermería todo lo que observe y que pueda relacionarse con efectos secundarios. Así mismo son importantes atender y anotar los comentarios que el paciente le señale acerca de su tratamiento.
- No administrar medicamentos cuando no exista orden médica (salvo casos de reanimación), cuando ésta presente enmendaduras ó se preste a confusiones.

De igual manera abstenerse de su aplicación si tiene dudas de su preparación, forma de administración ó en condiciones que no garanticen asepsia. En todos los casos debe comunicarse con la enfermera Jefe del Programa domiciliario a fin de dar solución al inconveniente.

- Suspender la administración del medicamento si no es renovada la fórmula médica ó cuando observe una reacción adversa aguda que deteriore el estado clínico del paciente.
- Si la enfermera recibe una orden telefónica debe verificar que provenga del médico tratante y registrarla en sus anotaciones.
- Verificar que los medicamentos de control estén registrados en los formatos destinados para tal fin y que contenga de manera clara la identificación del paciente, nombre y registro del médico, nombre genérico del medicamento y dosis a administrar.
- La enfermera debe administrar los medicamentos que ella misma prepare con pleno conocimiento de lo realizado.
- Imprescindible el lavado de manos antes de la preparación de cualquier medicamento.
- Las mezclas que realice deben ser rotuladas con la dosis, peso del paciente (si se requiere para la preparación), nombre del medicamento, hora de inicio y persona que realiza el procedimiento. Todo en letra de imprenta y perfectamente legible.
- Verificar que los datos contenidos en la fórmula médica correspondan efectivamente al paciente y velar por su completo diligenciamiento.

- No aproximar la cantidad del medicamento sino utilizar lo necesario para medir las dosis exactas.
- No dudar en consultar con el médico tratante si considera que las dosis son inusualmente altas ó bajas.
- Si se requieren cálculos matemáticos para determinar dosis debe verificarlos cuantas veces estime conveniente hasta adquirir seguridad en la operación.
- Administrar el medicamento por la vía correcta, utilizar siempre diluciones cuando utilice bombas de infusión y evitar pasar medicamentos endovenosos directos a menos que la administración del medicamento sea en bolo (previa indicación médica).
- Administrar el medicamento a la hora correcta teniendo en cuenta que las concentraciones terapéuticas en sangre del medicamento dependen de la constancia y regularidad del horario de la administración.
- Comunicar a la enfermera Jefe del Programa los errores de omisión o de administración de manera inmediata.
- Antes de proceder a administrar el medicamento, informar al paciente sobre las posibles reacciones ó molestias que puede presentar y solicitarle su colaboración.
- Siempre se debe considerar la presencia de una reacción alérgica, con el potencial peligro de un shock anafiláctico. La posibilidad de una reacción alérgica es mayor con ciprofloxacina, penicilina y metronidazol. Si se sospecha de una

reacción anafiláctica, se debe tener lista una dosis de adrenalina para la administración subcutánea.

- Nunca reenfundar la aguja después de su utilización porque el riesgo de una punción accidental es elevado. Desechar las agujas en recipientes de desechos cortopunzantes.
- Rotular la jeringa donde se envasen los medicamentos con el nombre de este, la concentración en cada mililitro y la fecha.
- Desechar el medicamento sobrante en la ampolla cuando la dosis administrada es menor a la que viene en el frasco.

RECOMENDACIONES PARA EL USO DE ALGUNOS MEDICAMENTOS EN EL PROGRAMA PADOM

MEDICAMENTO	INDICACIONES	EFECTOS SECUNDARIOS	RECOMENDACIONES
METOCLOPRAMIDA Amp 10mg/2ml IV o IM	Náuseas, Estimula peristalsis, Acelera vaciamiento gástrico	Somnolencia, Extrapiramidalismo, Galactorrea	No administrar en bolo
OMEPRAZOL Amp 40m IV	Antiulceroso	Diarrea, náuseas, vómito, cefalea, dolor abdominal, mareo, rash cutáneo (infrecuente)	Realizar mezcla para infusión: 2 amp de Omeprazol diluidas en 80 cc de SSN para pasar 8mg/hora
B. HIOSCINA Amp 20 mg/2ml (Hioscina+Dipirona) IV o IM	Cólico, manejo del dolor	Diplopía, agranulocitosis, leucopenia, trombocitopenia, fiebre, angina, úlceras bucales y shock	Se puede administrar bolo, Vigilar hipotensión por infusión rápida
AINES: DICLOFENAC Amp 75mg/3 ml, KETOPROFENO Amp 100mg/2 ml, MELOXICAM	Analgésico, Antiinflamatorio	Gastritis aguda, reacción alérgica cruzada	Diclofenac debe mezclarse con bicarbonato de sodio (0,5 ml) para evitar flebitis
TRAMADOL Amp 100mg/2ml y 50 mg/ml IV o IM	Analgésico de potente acción central	Altera la capacidad de reacción, palpitaciones, hipotensión postural, sudoración, obnubilación, mareo.	No administrar en bolo. Explicar al paciente sobre efectos en la capacidad de reacción
HIDROXICINA Amp 100mg/2ml IM	Antihistamínico	Sedación, Somnolencia, sequedad en boca	Especial cuidado en ancianos por su mayor sensibilidad al medicamento
FUROSEMIDA Amp 20mg/2ml IV o IM	Diurético, Antihipertensivo	Hipotensión, hiponatremia, tinnitus, deshidratación, Shock anafiláctico	No mezclarse con otros medicamentos. Proteger de la luz. Preparación de infusión IV: 36ml SSN + 2 amp Furosemida. Concentración 1 mg /ml
CIPROFLOXACINA Amp 200mg/10ml IV	Antibiótico	Náuseas, Vómito, diarrea, mareo, cefalea, tinnitus. Reacción local en el sitio del acceso venoso, ardor y dolor en cordón	Diluir en 150 ml de SSN para pasar mínimo en 1 hora, lavar la vena con 20 ml de SSN. Informar al paciente sobre los signos de reacción al medicamento en el sitio de punción
METRONIDAZOL 500 mg/100 ml IV	Antiamebiano, Antitricomoniásico, Anti giardiásico. Efecto antibacteriano contra anaerobios	Reacción local en la vía de acceso venosa, dolor y ardor en cordón venoso	Diluir en 150 ml de SSN para pasar mínimo en 1 hora, lavar la vena con 20 ml de SSN. Informar al paciente sobre los signos de reacción al medicamento en el sitio de punción
LEVOFLOXACINA Amp 500mg/100 ml IV	Antibacteriano	Diarrea, náuseas, vaginitis, flatulencia, dispepsia, dolor abdominal, prurito, rash, insomnio, mareo	Descontinuar el uso si el paciente refiere dolor o inflamación. Andiministrar en un período no menor a 60 minutos
CLARITROMICINA Amp 500 ml IV	Antibiótico	Flebitis, pancreatitis, convulsiones	Diluir en DAD 5%, LR o SSN. Administrar en un tiempo no menor a una hora
CEFACIDAL Amp 250 y 500 mg IV	Antibiótico	Reacciones alérgicas	Dilución en DAD 5% O SSN, para pasar en mínimo 1 hora
CEFALOTINA Amp 500 mg IV	Antibiótico	Hipersensibilidad, erupciones cutáneas, eosinofilia, fiebre	Dilución en SSN para infusión en 1 hora

MEDICAMENTO	INDICACIONES	EFECTOS SECUNDARIOS	RECOMENDACIONES
CEFTRIAXONA Amp 250, 500 y 1 gramo IV o IM	Antibiótico	Trastornos gastrointestinales, reacciones alérgicas en piel, eosinofilia, trombocitopenia y anemia hemolítica. Elevación de enzimas hepáticas, oliguria.	Dilución en SSN para infusión en 1 hora
GENTAMICINA Amp 20, 40, 60, 80, 120 y 160 mg/2ml IV o IM	Antibiótico	Pérdida de la audición, sensación de oído tapado, nefrotoxicidad, neurotoxicidad, náuseas y vómito	Dilución en DAD 5% O SSN, para pasar en mínimo 1 hora
PENICILINA G SODICA Amp 1' y 5' UI. ID, IM, IV	Antibiótico	Shock anafiláctico, edema angioneurótico, flebitis	Realizar prueba de sensibilidad a penicilina con 100 UI de penicilina cristalina por vía ID
AMIKACINA Amp 500 mg/2ml IV	Bactericida	Tinnitus, vértigo, sordera parcial	Verificar función renal previa. Dilución en 100 ml de SSN y en un tiempo no menor a 60 minutos.

MANEJO DE CURACIONES ^{28, 29, 30}

Dependiendo de la indicación médica se utilizarán productos como: poliuretanos, hidrogeles, hidrocoloides, alginatos, espumas poliméricas y siliconas.

El beneficio de la curación en ambiente húmedo es:

- Aumentar el aporte de oxígeno y nutrientes vía endógena a través de la angiogénesis.
- Acidificar del pH de la zona, creando ambiente bacteriostático que disminuya el riesgo de infección.
- Facilitar la migración celular, polimorfonucleares y macrófagos.
- Control del exudado sin perjudicar la piel periulceral.

²⁸ LÓPEZ, Imedio, Enfermería en cuidados paliativos. Editorial Médica Panamericana S.A. 1998.

²⁹ GÓMEZ, Alonso. Guía de Tratamientos para la curación de úlceras de piel. Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Oeste. Valladolid 2.000.Revistamedicos.com.ar número 20 página 56

³⁰ BERGSTROM, N. Guía clínica práctica. Tratamiento de las úlceras por Presión. Madrid: Drug Farma. 1996.

- Mantener la temperatura adecuada, estimulando con ello la fibrinólisis.
- Disminución del dolor
- Proteger las heridas de la contaminación.
- Reducir los tiempos de cicatrización.
- Disminuir el número de curaciones locales.

PRODUCTOS PARA CURACIONES EXISTENTES EN EL MERCADO:

POLIURETANOS

Presentación: Lámina ó película plástica fina de poliuretano adhesivo adaptable a los bordes más difíciles permitiendo movilizar mejor el paciente y fácilmente recortable a la medida deseada.

Indicaciones: Heridas ó úlceras superficiales en fase de epitelización. Protección de zonas de riesgo de desarrollo de úlceras.

ESPUMAS POLIMERICAS

Presentación: Apósitos de estructura trilaminar en varias presentaciones. Son impermeables a los líquidos y permeables al vapor de agua. Ideales para absorber los exudados y mantener el medio húmedo previniendo la maceración. Pueden durar hasta 7 días.

Indicaciones: Úlceras de presión ó vasculares de grados II-III ó IV de media ó alta exudación.

HIDROGELES

Presentación: Apósitos de varios tamaños en láminas transparentes de gel. Varios tamaños. Diseñados para el debridamiento de tejido necrosado y el esfacelo. También diseñado para heridas en fase de granulación y epitelización.

Indicaciones: Lesiones de cualquier etiología y úlceras de presión ó vasculares en cualquier fase ó estadio. Como desbridante autolítico. En versión líquida ó en gránulos sirve para rellenos de úlceras cavitadas en cualquier estadio.

HIDROCOLOIDES

Presentación: Apósitos y placas de varios tamaños y formas anatómicas. También viene en pasta para relleno de cavidades y gránulos de gran capacidad absorbente y de retención de exudados controlando también la cantidad del mismo entre el apósito y la lesión.

Indicaciones: Úlceras de presión ó vasculares en fases ó estadios I, II ó III sin signos de infección. También se usan como desbridantes autolíticos y en general para granulación y epitelización de heridas. Los extrafinos o transparentes permiten el control visual de la cicatrización para úlceras superficiales de cualquier etiología con exudado leve, como protección de zonas de riesgo de desarrollo de úlceras, sobre heridas quirúrgicas suturadas limpias ó en dermoabrasiones.

APOSITOS DE SILICONA

Presentación: láminas de varios tamaños La naturaleza hidrofóbica de la cubierta de silicona le proporciona microadherencia selectiva a la piel seca que hace que no se pegue a la herida pero no al lecho húmedo de la misma reduciendo el dolor y el riesgo de maceración. La cubierta de silicona no pierde sus propiedades adhesivas permitiendo permanecer en la herida durante 5 días.

Indicaciones: Cualquier herida en fase de granulación. Úlceras dolorosas. Piel frágil, fijación de injertos.

ALGINATOS

Presentación: Apósitos o cinta de alginato para cavidades. Los apósitos generalmente absorben del orden de 15 a 20 veces su propio peso.

Indicaciones: Heridas y úlceras de presión y vasculares muy exudativas incluso con mal olor. También útil en heridas que requieran debridamiento.

APOSITOS DE CARBON

Presentación: Apósitos con carbón activado y plata. Pueden presentarse adicionando alginato e hidrocoloide.

Indicaciones: Heridas muy exudativas, infectadas (por la acción antimicrobiana de la plata) y malolientes.

APOSITOS DE PLATA

Presentación: Apósitos en diferentes combinaciones (con carbón, hidrocoloide, alginato, sulfadiazina etc). Todas las presentaciones tienen en común su efecto antimicrobiano ó bactericida preparando el lecho ulceral a su vez que controlan el exudado y el mal olor de la lesión.

Indicaciones: Profilaxis y tratamiento de la infección en heridas.

VENDAS DE COMPRESION

La importancia de la compresión depende de la fuerza requerida para extender el vendaje y ésta a su vez viene determinada por las propiedades de la venda. A una mayor proporción de componentes elásticos corresponde una mayor liberación de energía al restaurar fuerza, tras la aplicación del vendaje pretensado, y la compresión es más fuerte.

Luego de un uso prolongado la venda pierde elasticidad y por tanto fuerza restauradora sufriendo “fatiga”. Las vendas de tejido elástico de compresión, por su trama, sufren fatiga con relativa rapidez, mientras que las vendas permanentemente elásticas que contienen caucho ó poliuretano conservan su elasticidad durante largo tiempo.

CARACTERISTICAS DEL VENDAJE

PRESION EN REPOSO Y EN ACTIVIDAD

Si una venda elástica es aplicada a músculos relajados ejerce cierta presión en el tejido, incluso en reposo, dependiendo de la elasticidad de la venda, de la tensión que se le dé al ponerla y del número de capas de la venda. Los músculos en movimiento deben funcionar contra la resistencia de la venda.

GRADIENTE DE PRESION

Para mantener el gradiente de presión sanguínea venosa, debe existir una disminución de presión de distal a proximal, cuando se utilice compresión. En la pierna la región máxima de presión está normalmente en la zona maleolar.

EQUILIBRIO DE PRESION EN LAS CONCAVIDADES

Para compensar las hendiduras anatómicas que rodean a las prominencias, por ejemplo alrededor de los tobillos, se cortan trozos de gomaespuma a medida y se colocan en sus alrededores. Esto asegura que la presión aplicada se transmita también a las concavidades y no se quede sólo en las prominencias.

ELASTICIDAD

La densidad del material, de la trama y del hilo determina las propiedades elásticas de la venda de compresión. Las vendas inelásticas no son extensibles. Ofrecen el mejor apoyo a los músculos en funcionamiento, es decir, poseen una alta tensión en actividad, a la que se añade una baja tensión en reposo. Las vendas inelásticas se aplican siempre sin tensión.

Las vendas de tejido elástico son las extensibles gracias a su trama. Algunas vendas de algodón recuperan la elasticidad textil incluso tras repetido uso debido al encogimiento después del lavado.

Las vendas permanentemente elásticas contienen un pequeño porcentaje de hilos de caucho, nylon ó poliuretano que recuperan casi totalmente su estado original tras la extensión. Como consecuencia de ello, se produce una fuerza relativamente elevada en el tejido de la venda.

EXTENSIBILIDAD

Las vendas de baja y alta tensión se distinguen por su porcentaje máximo de extensibilidad. Las vendas de baja tensión tienen una extensibilidad de 30 a 90 °, es decir, se pueden extender a un máximo aproximado del doble de su longitud. Su fuerza de restauración es baja al igual que su presión en reposo. Cuando los músculos están activados, las vendas de baja tensión forman un apoyo satisfactorio, es decir que poseen una presión en actividad elevada. Pueden en consecuencia, llevarse tanto en reposo como en activo. Este es el prerrequisito para la eliminación efectiva de la estasis. La composición del material (alto contenido de algodón) es bien tolerado por los pacientes, siendo muy adecuadas para vendajes prolongados.

Las vendas de alta tensión pueden extenderse en un 100-200 %; en la práctica esto significa una extensión de 1.5 hasta 3 veces su largo. Contienen componentes muy elásticos y por ello producen una alta presión en reposo. Por esta razón sólo deberían llevarse cuando los músculos están activos, nunca durante la noche.

COMPORTAMIENTO ADHESIVO

Las vendas adhesivas contienen una recubierta elástica de composición adhesiva (óxido de zinc, caucho ó poliacrilato) muy indicadas para vendajes prolongados. El vendaje elástico muy frecuentemente utilizado se realiza con venda Crepé. Son difíciles de ajustar de forma que evite la constricción exagerada, otra desventaja importante sería que la presión que produce va disminuyendo progresivamente a medida que pasan las horas, por lo que la frecuencia de cambio debería ser diaria ó habría que reforzarlo con otra venda.

PRINCIPIOS DEL VENDAJE

Siempre se inicia el vendaje desde la zona distal hasta la zona proximal. Mientras se coloca, la persona que pone la venda está delante del paciente y mira hacia el ángulo de la venda. En la práctica esto significará que con la misma técnica de vendaje, la pierna derecha se venda en pronación, es decir, con el extremo exterior del pie hacia arriba, mientras que la pierna izquierda se venda en supinación y por ello en la dirección opuesta.

OTROS TIPOS DE VENDAJES

VENDAJE TIPO LINTON

Efectúa la presión en postura de bipedestación y también, aunque en menor grado, mientras el paciente está acostado. Inicialmente, se debe proteger la piel de toda la zona a vendar con vaselina ó pasta de óxido de zinc.

El primer vendaje se realiza se realiza con venda de algodón, para posteriormente colocar una venda elástica adherente, dando vueltas circulares y en número de veces determinado con antelación. Una vez terminado el vendaje es conveniente hacer caminar al paciente y observar la coloración de los dedos. Si estos se tornaran pálidos ó cianóticos o el paciente notara hormigueo, deberá aflojarse el vendaje inmediatamente.

La frecuencia del cambio debe ser semanal, dependiendo de la cantidad de exudado de la úlcera. Éste vendaje es compatible con cualquier tipo de cura local.

BOTA DE UNNA

La característica más importante de este tipo de vendaje es que contiene la hiperpresión venosa durante el ortostatismo; pero carece de presión en reposo.

La eficacia de este vendaje resulta de la combinación entre la pasta húmeda en contacto con la herida y la compresión externa de la pierna ulcerada.

La composición de la pasta ha sufrido variaciones y actualmente se encuentran fórmulas que contienen glicerina, gelatina, sorbitol, silicato, aluminio, magnesio y calamina, además del óxido de zinc. Una vez preparada la pasta se impregnan las vendas y se aplican sobre la pierna con vueltas circulares, ajustadas pero sin comprimir. Deberán hacerse tantos cortes como se precise para amoldarla perfectamente a la forma de la pierna. Finalmente, puede colocarse una última capa de gasa cubierta con una capa de óxido de zinc; al endurecerse ésta, mantiene la pasta húmeda en contacto con la úlcera, mientras el exterior adquiere casi la consistencia del yeso.

Antes de la colocación de la nueva bota se lavará la pierna cuidadosamente, retirando todos los restos de la aplicación anterior. A las 24 horas se debe revisar la pierna para descartar signos de isquemia, coloración blanca ó cianótica, así como instruir al paciente ante la aparición de hormigueo ó dolor para Que. se retire el vendaje ó acuda urgentemente a un centro de salud.

La frecuencia del cambio dependerá de las características de la úlcera principalmente, de la cantidad y características del exudado, oscilando entre 3 y 15 días. La bota de unna no debe mojarse, siendo los cuidados de mantenimiento similares a los de la escayola.

BOTA DUKE

La bota Duke es una variación de la bota unna. En este tipo de vendaje se utiliza una placa hidrocoloide con capacidad para absorber exudado; posteriormente se aplica la bota unna terminando con un vendaje compresivo.

RECOMENDACIONES

Se evitará toda forma de vendaje compresivo en la úlcera arterial para evitar agravar la isquemia existente. En caso de tener que colocar un vendaje, el mismo será únicamente de contención del apósito ó de protección de la zona, y se comprobará que pueda introducirse un dedo fácilmente entre el vendaje y la piel.

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO APLICABLES AL PADOM

El personal de Salud de instituciones hospitalarias y de programas de atención domiciliaria se expone constantemente a la posibilidad de contaminación y contagio por agentes biológicos lo cual implica un alto riesgo de adquirir infecciones de transmisión parenteral, mucocutánea y/o respiratoria. Es así como surge la necesidad de aplicar y concientizar al personal sobre medidas de prevención que para la mayoría de enfermedades infecciosas son poco costosas e incluso en algunos casos son inmunoprevenibles. De igual manera la práctica de normas de salud ocupacional, la vigilancia de infecciones nosocomiales y adquiridas, la notificación obligatoria de enfermedades y un adecuado manejo de residuos representan aspectos muy importantes para el normal funcionamiento del Programa de atención domiciliaria.

Por otra parte el paciente como generador del riesgo biológico debe tener consideraciones de tipo éticas y humanas que el personal de salud debe conocer, fomentar, proteger y difundir con miras a preservar la salud tanto individual como de toda la comunidad.

MECANISMOS DE TRANSMISION DE LAS INFECCIONES OCUPACIONALES EN EL PADOM:

Los mecanismos de transmisión más frecuentes son percutáneo y a través de mucosas. La transmisión percutánea ocurre cuando se atraviesa la barrera de la piel a través de una herida o a través del contacto de los microorganismos sobre una piel enferma. La transmisión a través de mucosas se logra cuando los microorganismos se ponen en contacto con mucosas conjuntivales, respiratorias, orales y/o gastrointestinales, a través de salpicaduras con sangre y/o secreciones corporales contaminadas. Una variedad de exposición percutánea se presenta en la transmisión por picaduras de insectos que actúan como vectores.

Las principales exposiciones generales de riesgo son:

- Contacto con sangre y otros fluidos corporales a través de salpicaduras, derrames, aerosoles.
- Inoculación por pinchazo con aguja contaminada.
- Cortaduras o laceraciones con elementos contaminados.
- Contacto con saliva a través de mordeduras del paciente.
- Arañazos y lesiones con uñas de los pacientes.
- Exposición de la piel ó mucosas enfermas o lesionadas a sangre o secreciones corporales.
- Contaminación de heridas y laceraciones.

- Contacto directo respiratorio (para enfermedades de transmisión respiratoria).
- Entérica: ingestión de microorganismos (salpicaduras, manos contaminadas, muestras de laboratorio, agua ó alimentos contaminados).
- Otras exposiciones ocupacionales que pueden pasar inadvertidas y deben ser buscadas activamente.
- Procesos que implican riesgo biológico en pacientes con manejo domiciliario:
 - Descarte de equipos y materiales contaminados con sangre.
 - Lavado y limpieza de instrumental y vidriería.
 - Limpieza y desinfección de áreas contaminadas.
 - Manejo de equipos que contengan líquidos ó fluidos corporales.
 - Manejo de frascos, ampollas, y otros recipientes con sangre y fluidos corporales.
 - Manejo de jeringas y agujas contaminadas.
 - Manejo de recipientes con desechos biológicos.
 - Manejo de ropa sucia contaminada con sangre ó fluidos corporales y de objetos contaminados.

- Manipulación de pacientes con heridas, lesiones, abrasiones de piel, heridas quirúrgicas.
- Procedimientos que impliquen contacto con fluidos de pacientes, ropa u objetos contaminados.
- Recolección de sangre ó fluidos.
- Transporte de desechos contaminados.
- Uso de bisturíes y otras piezas cortopunzantes manuales.

Con base en lo anterior y para identificar la predisposición de sufrir enfermedades de transmisión parenteral ó exposición de mucosas, se elaborará un panorama de factores de riesgo consistente en una recopilación sistemática y ordenada de las diferentes situaciones existentes en los puestos de trabajo que podrían contribuir a la presentación de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales. Así quedan definidos los siguientes niveles de riesgo:

- ALTO: Contacto directo ó permanente con sangre u otros fluidos corporales a las cuales se aplican las normas de precaución universal.
- MEDIO: Actividades cuyo contacto con sangre no es permanente, pero exigen al realizar el procedimiento, la aplicación de normas de bioseguridad.
- BAJO: Actividades que no implican por sí mismas exposición a sangre.

NORMAS GENERALES DE BIOSEGURIDAD

La práctica de normas de bioseguridad es el recurso mas útil para la prevención integral en factores de riesgo biológico y deben ser conocidas por todo el personal que maneja el paciente domiciliario. Son:

- Lávese cuidadosamente las manos antes y después de cada procedimiento e igualmente si tiene contacto con material patógeno; utilice toallas de papel ó aire seco para el secado.
- Utilice los elementos de protección personal (ojos, boca, manos, cuerpo) apropiados para cada situación.
- Aplique todas las normas para prevenir lesiones con material cortopunzante.
- Utilice equipos de reanimación mecánicos, boquillas ó bolsas de resucitación, para evitar procedimiento boca a boca.
- Si tiene una herida abierta no manipule sangre, secreciones ó residuos.
- Si es un mujer embarazada siga estrictamente las normas de precaución universales, con mayor énfasis en la que hacen referencia a su estado de gestación; cuando el caso lo amerite, debe reubicarse en áreas de menor riesgo.
- Ubique los recipientes de desecho en todas las áreas de trabajo que requieran manipulación de material cortopunzante, de tal manera que idealmente no tenga Que. desplazarse con la jeringa ó el material cortopunzante contaminado en la mano.
- Si presenta una herida, por pequeña que sea, cúbrala con esparadrapo ó curitas.

- Evite la atención directa de pacientes si ud. presenta lesiones exudativas ó dermatitis serosas, hasta tanto éstas hayan desaparecido.
- Mantenga el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene y aseo.
- Evite fumar, beber y comer cualquier alimento en el sitio de trabajo.
- No guarde alimentos en las neveras ni en los equipos de refrigeración de sustancias contaminantes ó químicas.
- Maneje todo paciente como potencialmente infectado. Las normas universales deben aplicarse con todos los pacientes independientemente del diagnóstico, por lo que se hace innecesario la clasificación específica de sangre y otros líquidos corporales como “infectada o no infectada”.
- Utilice en forma sistemática guantes plásticos ó de látex en procedimientos que conlleven manipulación de elementos biológicos y cuando maneje instrumental ó equipamiento contaminado en la atención de pacientes. Haga lavado previo antes de quitárselos al terminar el procedimiento.
- Utilice un par de guantes por paciente. En caso de ser reutilizables sométalos a los procedimientos de desinfección, desgerminación y esterilización respectivos.
- Absténgase de tocar con las manos enguantadas alguna parte del cuerpo y de manipular objetos diferentes a los requeridos para el procedimiento.

- Emplee mascarilla y protectores oculares durante procedimientos que puedan generar salpicaduras ó gotitas aerosoles de sangre u otros líquidos corporales.
- Use batas ó cubiertas plásticas en aquellos procedimientos en que se esperen salpicaduras, aerosoles ó derrames importantes de sangre u otros líquidos corporales.
- Evite deambular con los elementos de protección personal fuera de su área de trabajo. En lo posible no lleve el uniforme de trabajo en la calle.
- Mantenga sus elementos de protección personal en óptimas condiciones de aseo, en un lugar seguro y de fácil acceso.
- Mantenga actualizado su esquema de vacunación contra la Hepatitis B.
- Aplique en todo procedimiento asistencial las normas de asepsia necesarias. Utilice las técnicas correctas en la realización de todo procedimiento.
- Maneje con estricta precaución los elementos cortopunzantes y dispóngalos ó deséchelos en recipientes a prueba de perforaciones. Los que son para reutilizar, se deben someter a procesos de desinfección, desgerminación y esterilización; los que se van a desechar serán incinerados ó esterilizados (procesos físicos ó químicos) antes de descartarlos.
- Evite desenfundar manualmente la aguja de la jeringa; hágalo con pinzas ó deseche completo.
- No cambie elementos cortopunzantes de un recipiente a otro.

- Absténgase de doblar ó partir manualmente las hojas de bisturí, cuchillas, agujas ó cualquier otro material cortopunzante.
- Absténgase de colocar el protector a la aguja y descártela en recipientes resistentes e irrompibles.
- Evite reutilizar el material contaminado como agujas, jeringas y hojas de bisturí.
- Todo equipo que requiera reparación técnica debe ser llevado a mantenimiento, previa desinfección y limpieza.
- El personal de mantenimiento debe cumplir las normas de precaución universales en relación con la prevención y control del factor de riesgo biológico.
- Realice desinfección y limpieza de las superficies , elementos, equipos de trabajo, al final de cada procedimiento y al finalizar la jornada.
- En caso de derrame ó contaminación accidental de sangre u otros líquidos corporales sobre superficies de trabajo, cubra con papel u otro material absorbente; luego vierta hipoclorito de sodio a 5000 partes por millón (o cualquier otro desinfectante indicado) sobre el mismo y sobre la superficie circundante, dejando actuar durante 15 a 30 minutos; después limpie nuevamente la superficie con desinfectante a la misma concentración y realice limpieza con agua y jabón. El personal encargado de realizar dicho procedimiento debe utilizar guantes, mascarilla y bata.
- En caso de ruptura del material de vidrio contaminado con sangre u otro líquido corporal, los vidrios se deben recoger con escoba y recogedor; nunca con las manos.

- Los recipientes para transporte de muestras deben ser de material irrompible y cierre hermético. Deben tener preferiblemente 1 tapón de rosca.
- Manipule, transporte y envíe las muestras disponiéndolas en recipientes seguros, con tapa y debidamente rotulados, empleando gradilla limpias para su transporte. Las gradillas a su vez se transportarán en recipientes herméticos de plástico ó acrílicos Que. detengan fugas ó derrames accidentales. Además deben ser fácilmente lavables.
- En caso de contaminación externa accidental del recipiente, éste debe lavarse con hipoclorito de sodio al 0.001% (1000 partes por millón) y secarse.
- Restrinja el ingreso a las áreas de alto riesgo biológico al personal no autorizado, al que no utilice los elementos de protección personal necesarios y a los niños.
- La ropa contaminada con sangre , líquidos corporales u otro material orgánico debe ser enviada a la lavandería en bolsa plástica roja.
- En caso de accidente de trabajo con material cortopunzante haga el reporte inmediato del presunto accidente de trabajo.
- Proteja su mesa ó área de trabajo al iniciar su jornada, mediante papel absorbente ó tela. Desinféctela con hipoclorito de sodio a 5000 ppm.

MANEJO DE RESIDUOS CONTAMINADOS DEL PADOM

El éxito del manejo de los residuos está en su clasificación en el sitio de origen y la provisión de los mecanismos para ser transportado en forma segura hasta su

disposición final. La clasificación de los residuos se hace teniendo en cuenta las características y el tipo de residuo.

El decreto 2676 de 2000 clasifica los residuos de la siguiente manera:

GRUPO	SUBGRUPO Y TIPO	METODO DE CONTROL		
		COLOR RECIPIENTE	ROTULACION	DESTINO
NO PELIGROSOS	Biodegradables	Blanco	Reciclable	Venta
	Reciclables	Blanco	Reciclable	Venta
	Inertes	Verde	Doméstico	Recolección
	Ordinarios o comunes	Verde	Ordinario	Común
INFECCIOSOS	Biosanitarios	Rojo	Riesgo biológico	Inactivación en empresa, Recolección especial
	Anatomopatológicos	Rojo		
	Cortopunzante	Rojo		
	Animales	Rojo		
PELIGROSOS				
Químicos	Fármacos	Rojo	Riesgo químico	Recolección especial
	Citotóxico	Rojo		
	Metales pesados	Rojo		
	Reactivos	Rojo		
	Contenedores	Rojo		
	Presurizados	Rojo		
	Aceites usados	Rojo		

ASEPSIA Y ANTISEPSIA

Los procesos de asepsia y antisepsia se constituyen como uno de los mecanismos de control de los factores de riesgo biológico, aplicado directamente en la fuente, es decir en los líquidos, tejidos, secreciones ó hábitat fuera del humano, que puede ser contaminado con microorganismos.

La presencia de microorganismos en la superficie de la piel sin causar enfermedad se llama contaminación. Cuando los microorganismos están presentes sobre un objeto inanimado ó un líquido, se dice que hay contaminación del objeto ó del líquido.

El término asepsia significa ausencia de microorganismos; antisepsia es el conjunto de procedimientos físicos, químicos y medio-ambientales tendientes a prevenir la contaminación y controlar la diseminación de microorganismos. A través de la aplicación de procesos de antisepsia se obtiene la asepsia. Un ambiente de trabajo que mantenga muy baja población de microorganismos contaminantes ofrece mayor seguridad al trabajador y a los pacientes.

Los procesos de antisepsia son la desgerminación ó limpieza, la desinfección y la esterilización. Dichos procesos implican diferente nivel de efectividad para lograr el control de los microorganismos, siendo la desgerminación menos eficaz y la esterilización el más efectivo.

PROCESOS DE ANTISEPSIA

DESGERMINACION

Es el procedimiento encaminado a disminuir el número de microorganismos en un área. Su mecanismo de acción es el barrido mecánico (mediante lavado o limpiado) de los microorganismos, con lo cual se logra un número menor de ellos en el área en que se aplica. El efecto neto es una disminución estadística de la probabilidad de transmitir microorganismos, de manera proporcional a la disminución de los mismos.

Este proceso es aplicable al lavado de manos, pisos, paredes, techos, superficies de trabajo, instrumental y equipos.

LAVADO DE MANOS

- Es el lavado mecánico con abundante agua y jabón desinfectante líquido. Su objetivo es disminuir el número de microorganismos existentes en piel y uñas de las manos para prevenir ó minimizar el riesgo de infección.
- El correcto lavado de las manos debe hacerse al iniciar y finalizar la jornada de trabajo, con jabón yodado y agua durante 5 minutos. Este lavado incluye todo el antebrazo. No utilizar joyas; mantener las uñas cortas y sin pintar.
- Entre paciente y paciente se realizará el lavado de las manos con un jabón más suave tipo líquido cosmético, idealmente por dispensador. El personal que realiza procedimientos quirúrgicos debe hacer el lavado de sus manos empleando una esponja estéril que permita la remoción adecuada de microorganismos. El secado de las manos preferiblemente con aire seco o con toallas de papel. No se deben utilizar cepillos, pues lesionan la piel y además, cuando no se esterilizan, facilitan la diseminación de infecciones cruzadas, al igual que los jabones de barra. Estos también facilitan la proliferación de hongos.

LIMPIEZA DE EQUIPOS

- Es el lavado del equipo para eliminar material orgánico, residuos y disminuir el número de microorganismos con el fin de prepararlo para el proceso de esterilización.
- El funcionario debe utilizar guantes, cepillo, escobillón y jabón líquido ó en polvo. Debe prestar atención a las ranuras y sitios de unión: enjuagar y secar.

DESINFECCION

Es el proceso encaminado a disminuir el número de microorganismos, excepto algunas esporas, mediante el uso de sustancias químicas llamadas desinfectantes. Dentro de los tipos de desinfectantes se encuentran:

- Halógenos y compuestos halogenados
- Compuestos yodóforos
- Aldehídos
- Detergente enzimático
- Clorhexidina

HALOGENOS Y COMPUESTOS HALOGENADOS

Las soluciones cloradas más utilizadas son:

- Hipoclorito de sodio 20 mg/litro
- Hipoclorito de calcio 1.4 g/litro

HIPOCLORITO DE SODIO

- Su acción oxidante produce quemadura de las paredes celulares de los microorganismos, son altamente bactericidas, destruyen microorganismos grampositivos, gramnegativos, hongos y virus.

- Los preparados comerciales vienen en forma líquida al 6% y 13%. En forma sólida es un compuesto de hipoclorito de calcio que se encuentra en concentración del 70% (puro).
- Es muy utilizado en la desinfección de pisos, paredes, baños, mesas quirúrgicas, materiales de laboratorio, equipo metálico inoxidable, superficies de trabajo, líquidos de desecho, descontaminación de la superficie de equipos.
- Empleado en diluciones de 5000 a 1000 partes por millón (p.p.m.) inactiva virus lipídicos a los 10 minutos y alcanza a los 30 minutos un amplio espectro de acción.
- Se inactiva por la luz, el calor y por acción de la materia orgánica luego de seis horas de preparado. Es muy inestable y requiere preparaciones frescas. Es muy corrosivo para instrumental y material cortopunzante, por lo cual es indispensable controlar su tiempo de acción.
- El tiempo de duración de las soluciones cloradas varía según las condiciones ambientales, de almacenamiento y empaque del producto y requieren de recipientes opacos para su almacenamiento.
- Es irritante dérmico a preparaciones superiores a 50 p.p.m. Para lo cual requiere uso de guantes.
- En presencia de detergentes se inhibe su acción y libera vapores que producen efectos irritativos a nivel del tracto respiratorio.

CONCENTRACIONES DE LA SOLUCION DE HIPOCLORITO DE SODIO PARA DIFERENTES USOS:

USO CONTACTO (min)	CONCENTRACION (P.P.M.)	TIEMPO
Manos	50	1
Areas locativas administrativas	200	30
Trapos y traperos	200	30
Areas locativas asistenciales	500	30
Material contaminado biológico	5000	20
Material a desechar	5000	30

Fórmula de preparación volumen en litros a preparar x # p.p.m.
 Hipoclorito de Sodio: c.c. = -----
concentración del producto * 10

COMPUESTOS YODOFOROS

Son líquidos que tienen acción contra virus, hongos y bacterias con un tiempo de contacto de treinta minutos. No tienen acción sobre las esporas bacterianas.

Los más usados son:

- Yodopovidona en solución ó jabón al 2.5 %
- Yodopolietoxipoliproxietanol

YODOPOVIDONA EN SOLUCION O JABON AL 2.5 %

- Para aplicación en tejidos vivos, es desinfectante de doble acción, detergente y germicida.
- Por su alta concentración es de gran rendimiento y bajo costo.
- Es autotituable, en su estado activo se reconoce por el color ámbar. A medida que disminuye su acción germicida se convierte en un producto amarillo transparente. Su poder germicida depende de la carga microbiológica y de los tiempos de contacto.
- La yodopovidona actúa bien a temperaturas por debajo de 37 ° c, a temperaturas mayores disminuye el tiempo de vida útil del producto. Además, su presentación viene lista para el uso y no debe diluirse.
- No mancha la piel y no hay efecto dañino en ésta, ni en membranas mucosas.
- Es de acción rápida, a los 45 minutos inactiva el virus de la hepatitis y el mycobacterium tuberculosis.
- Excelente capacidad de limpieza y no mancha la ropa.
- Dejan acción residual, no son tóxicos pero pueden causar irritación de piel y mucosas cuando existe sensibilidad al principio activo (yodo).
- Contraindicado su uso en niños.

- Se usa principalmente para lavado de manos, desinfección de piel y mucosas antes de practicar punciones, procedimientos quirúrgicos y para desinfección de heridas. La desinfección se logra con 3 a 5 minutos de exposición.

YODO POLIETOXIPOLIPROPOXIETANOL

- Solución a base de “yodo controlado” que contiene una combinación exclusiva de tensioactivos libre de fosfatos.
- Tiene amplio espectro de acción (Hongos, virus, bacterias y algunas esporas). Se aplica en superficies inertes.
- Destruye microorganismos resistentes a algunos antibióticos y otros desinfectantes, pues la interacción entre el yodo y las bacterias se basa en la oxidación que destruye la pared de éstas.
- Es útil en desinfección de plantas físicas, quirófanos, baños, pisos, paredes, superficies de trabajo. También para equipos e instrumental. Hasta el momento no se conocen efectos adversos en la salud de los trabajadores que lo manipulan.
- Tiene la desventaja de no actuar si se emplea concentrado, porque se encuentra en ph bajo.
- Mancha y oxida el material cuando no se aplica el inhibidor de corrosión. Está contraindicado su uso para material plástico de baja densidad (guantes, mangueras) porque los residuos del producto manchan este material afectando su estética.

Forma de preparación:

- A cuatro litros de agua se agregan 60 c.c. del producto (260 p.p.m. de yodo titulable) y 2 gr. De inhibidor de corrosión.

Modos de aplicación:

- **Aspersión:** con cepillo, esponja ó atomizador, se deja actuar de 15 a 30 minutos, luego se realiza el proceso de enjuague con agua estéril.
- **Inmersión:** para instrumental y material quirúrgico y odontológico, según las diluciones requeridas de acuerdo al servicio.

ALDEHIDOS

Los más utilizados son:

- Formaldehídos 3.5 % a 4 %
- Glutaraldehído al 2%

FORMALDEHIDOS

- Son bactericidas y fungicidas de acción lenta. Se requieren veinticuatro horas para ser efectivos contra bacterias y de dos a cuatro días para destruir esporas. Se utilizan en concentraciones entre el 2% al 8%. La materia orgánica interfiere con la efectividad del formaldehído.

GLUTARALDEHIDO AL 2%:

- Es efectivo contra bacilos grampositivos, gramnegativos, esporas, hongos y virus.

- Son soluciones alcalinas al 2% en 70% de propanol con un ph entre 7.5 y 8.5. Las soluciones ácidas no son esporicidas. Los recipientes que tengan la solución activada deben tener un rótulo con la fecha de vencimiento y por ningún motivo deben usarse después de ese tiempo. Su vida útil, una vez activados, es de 14 a 28 días, según especificaciones del fabricante.
- El instrumental o los elementos que hayan de ser sometidos a desinfección no deben lavarse previamente con jabón corriente.
- Como desinfectante requiere que el instrumental esté sumergido en la solución mínimo 45 minutos, para inactivar el virus de la hepatitis y el mycobacterium tuberculosis.
- Puede utilizarse para esterilizar equipos de endoscopia, mediante sumersión en el líquido durante 10 a 12 horas.
- Tiene la desventaja de ser irritante para la piel; es muy cáustico por lo cual el instrumental debe ser enjuagado con solución salina ó agua estéril antes de su uso.

DETERGENTE ENZIMATICO

Este detergente está especialmente formulado para la limpieza normal de instrumental médico quirúrgico, ó en máquina automática para limpieza de instrumentos endoscópicos, antes de la esterilización del equipo.

Proporciona limpieza, en un solo paso, en donde por acción de una enzima degrada material orgánico, como sangre, heces ó moco, mientras los surfactantes retiran material del equipo. Para su preparación se requiere de revisar la etiqueta , con propósito de obtener óptima preparación y lograr resultados esperados.

Modo de empleo:

- En recipiente limpio agregar dos onzas de detergente por cada galón.
- Sumergir el material inmediatamente después de su uso hasta que toda la materia orgánica esté disuelta y removida. En caso de materia orgánica seca, extender el tiempo de inmersión a 5 minutos. El tiempo máximo para dejarse en remojo el instrumental es de 20 minutos.
- De ser necesario, limpiar mecánicamente el equipo ó el instrumental con un equipo ó compresa suave.
- Enjuagar completamente el material, aspirando el agua por todos los canales internos, para eliminar los residuos de detergente enzimático.
- Secar el material incluidos los canales internos. El equipo ó instrumental queda listo para ser desinfectado a alto nivel ó esterilizado.
- Desechar la solución después de cada uso ó cuando esté visiblemente sucia la solución; el detergente enzimático debe cambiarse máximo en cada turno; por ser biodegradable, la solución puede ser eliminada por el sistema de alcantarillado.

Precauciones, advertencias, contraindicaciones y reacciones adversas:

- Evitar el contacto con piel y ojos; para ello utilice gafas oculares protectoras y guantes de goma.
- En caso de contacto, limpiar con abundante agua y acudir al médico si produce irritación.
- Usarlo en áreas ventiladas.

Toxicidad

- Puede ser tóxico por ingestión, si esto ocurriera, beba leche ó agua en cantidad.

Almacenamiento

- Almacene a temperatura ambiente controlada entre 15 y 30 ° C.
- Evite temperaturas mayores a 40 ° C.

ESTERILIZACION

Proceso mediante el cual se destruyen todos los microorganismos patógenos y no patógenos, incluyendo sus esporas.

Los métodos de esterilización empleados actualmente son:

- Calor húmedo y seco
- Gas de óxido de etileno
- Sustancias químicas esterilizantes
- Radiación por luz ultravioleta

ESTERILIZACION POR CALOR

Este método asegura la destrucción de los microorganismos y esporas. Es la técnica de elección para cualquier material, excepto los que pueden dañarse por exposición repetida al calor. Antes de someter un objeto al calor de esterilización,

es esencial que esté limpio, libre de material orgánico. Las dos formas de calor son húmedo y seco.

Calor húmedo

- Es aquel que se aplica en forma de vapor de agua. El calor húmedo en forma saturada y a presión es el agente más fiable para destruir la vida microbiana. El poder microbicida depende de tres factores básicos: humedad, temperatura y presión. El principio de esterilización por empleo de vapor de agua consiste en la coagulación de las proteínas de los microorganismos para provocar su muerte.
- El esterilizador ó autoclave tiene una disposición tal que permite el paso a presión de una corriente de vapor en la cámara de esterilización para alcanzar altas temperaturas. Para una adecuada esterilización se requiere una relación adecuada entre temperatura y tiempo ó entre temperatura y presión.
- Para alcanzar las altas temperaturas necesarias, hay que extraer todo el aire de la cámara de esterilización ya que su presencia disminuye en gran medida la capacidad el vapor para penetrar y esterilizar grandes bultos de ropa y materiales. La penetración del vapor en los materiales depende del desplazamiento del aire por gravedad; si el aire llena la mayor parte de la cámara será deficiente la penetración del vapor de agua en los paquetes que están en la base y sólo logrará esterilizar de manera rápida y fácil los paquetes que se encuentran en la parte superior.
- Para una perfecta esterilización en calor húmedo (vapor) se requiere una relación adecuada entre temperatura y tiempo ó entre temperatura y presión, en consecuencia la esterilización puede ser realizada más rápidamente ya sea a altas

temperaturas ó a altas presiones que a bajas temperaturas ó presiones. A medida que la temperatura se eleva, el tiempo requerido se acorta.

- Los materiales a esterilizar son sometidos a temperaturas de 115 a 123 ° C. Requieren presión de 1 atmósfera (15 libras) y tiempo mínimo de 15 minutos que varía de acuerdo con el material; sin embargo, para efectos de esterilización por calor húmedo, a temperatura de 121 ° C y tiempo de 30 minutos se obtiene esterilización adecuada para todo el material. Esto facilita el manejo por parte del personal.
- Este sistema ofrece un amplio margen de seguridad, además es más económico ya que se obtienen más objetos estériles en menor tiempo.
- Los sólidos se humedecen y se calientan con rapidez ; hay penetración pronta en los textiles y la ropa; hay control fácil de la temperatura efectiva; no hay residuos tóxicos.
- Tiene la desventaja que el aire residual en el esterilizador, paquetes ó recipientes hace descender la temperatura e impide la esterilización. El vapor no es apto para esterilizar los plásticos con punto de fusión bajos.

Lo siguiente es fundamental para que la esterilización en autoclave sea eficaz:

- Asegurarse que previamente el material esté bien lavado.
- Seleccionar adecuadamente le tiempo y la temperatura (o su equivalente en presión). Este tiempo debe ser contado en el momento de saturación de vapor y cuando se haya llegado a la temperatura seleccionada.

- El aire es el enemigo oculto de la esterilización, un buen reemplazo de él por vapor es fundamental. No esterilizar paquetes apretados, tarros tapados, ni cubetas y frascos al revés.
- Las cintillas indicadoras solamente señalan que se ha alcanzado cierta temperatura; se deben colocar por dentro y por fuera del paquete.
- Al esterilizar el paquete, márkelo con la fecha de vencimiento de la esterilización y con el nombre de la persona que tuvo a cargo el procedimiento.
- Es preciso cargar el autoclave de tal modo que exista un espacio horizontal para la eliminación del aire, en particular el procedente de los recipientes. Las vasijas atraparán aire si se colocan en el autoclave en una posición que permita el estancamiento de agua. Los tarros y cubetas se deben esterilizar destapados y boca arriba. Las pinzas y tijeras deben estar abiertas.
- Dejar de 3 a 4 cm. entre cada paquete y entre los paquetes y las paredes del autoclave.
- Colocar los paquetes grandes debajo y los pequeños encima.
- Los productos envueltos con papel no deben ser esterilizados junto con la ropa.
- Cuando se descargue el autoclave debe colocarse el material sobre una superficie con rejilla para que éste pueda airearse.
- Un cuidado importante que se debe tener en la esterilización de líquidos es no enfriar rápidamente el autoclave; esto se debe hacer lentamente. Si se hace la salida de vapor muy rápida, existe el riesgo de que los líquidos se evaporen y de que se revienten los frascos.

- Al sacar del autoclave el material de vidrio, no lo ponga en una superficie fría pues se puede quebrar con esa maniobra. No vaciar el contenido del autoclave inmediatamente.
- Dejar transcurrir diez minutos con la tapa entreabierta, para que salga el vapor y no entre la humedad exterior; con ello se consigue que los materiales permanezcan secos.
- Si el material que se retira del autoclave sale húmedo no se considera estéril y por lo tanto, debe ser sometido nuevamente a todo el proceso.

Las fallas que se pueden presentar en este sistema se deben a:

- Exceso de carga.
- Inadecuada colocación de los paquetes.
- Paquetes voluminosos.
- Mal manejo del autoclave.
- Fallas de mantenimiento.

Calor seco

- Para la esterilización en calor seco se emplea el horno y la pupinela. Es útil cuando se necesita contacto directo entre el calor y todas las superficies.
- Exige temperaturas altas y tiempo de exposición muy largos. El instrumental puede deteriorarse por exposición repetida al calor (destemplarse).

Esterilización en gas óxido de etileno

- El óxido de etileno es un gas líquido incoloro a temperatura ambiente y presión atmosférica normal. Es inflamable y en la forma de vapor está sujeto a descomposición explosiva. Es relativamente estable en solución acuosa.
- El óxido de etileno, tanto líquido como gaseoso, es muy reactivo. Cuando se pone en contacto con la célula, reemplaza un átomo de hidrógeno de la proteína molecular, alterando su desarrollo metabólico y provocando su muerte. Se evapora a 10.8 ° C y se congela a – 111° C, su rango de explosividad está entre 3% a 80%, por lo que se mezcla con CO₂ o con hidrocarburos fluorados para atenuar ese riesgo.
- Su uso en el área hospitalaria se ha incrementado debido a la gran cantidad de material termosensible que se maneja, a la capacidad que tiene para esterilizar a temperatura ambiente y a la amplitud en la duración del proceso.
- Tiene las ventajas de ser efectivo contra virus, bacterias, hongos y esporas; tiene gran capacidad de penetración; produce esterilización a baja temperatura; no es corrosivo.
- Tiene las desventajas de requerir ciclos largos; deja residuos tóxicos en materiales absorbentes; hay necesidad de aireación del material después de expuesto al gas; es mal esterilizante de sustancias líquidas.
- Es tóxico para el hombre por inhalación y se absorbe con facilidad hacia la sangre; es irritativo en piel y mucosas; puede causar dermatitis alérgica por contacto; es mutágeno potencial para las células somáticas y germinales del hombre. La exposición aguda por inhalación puede producir náuseas, vomito, disnea e irritación del tracto respiratorio. Puede producir efectos dermatológicos

en el hombre después del contacto cutáneo, tales como eritema, edema, vesiculación y hasta quemaduras por congelación; la gravedad de las lesiones se relaciona con la concentración y duración del contacto. Es considerado como un probable carcinógeno humano y sus niveles ambientales deben mantenerse tan bajos como sea posible.

- Por los efectos que puede producir el óxido de etileno y sus características especiales de manejo, es importante restringir el uso de éste, a aquellos materiales ó equipos que no permitan la esterilización por otros métodos.

Esterilización por radiación

- Luz ultravioleta: Los rayos ultravioleta son producidos por lámparas de cuarzo con vapores de mercurio; solamente tiene acción bactericida cuando se logra que los rayos caigan perpendicularmente y sin ningún obstáculo (inclusive partículas de polvo) sobre la superficie a esterilizar. Esto, sumado a la escasa penetración, ha llevado a la no utilización de este método.

CONTROL DE CALIDAD EN ESTERILIZACION

Una correcta esterilización permite el máximo de seguridad en la prevención de infecciones y garantiza su efectividad. Para ello existen dos métodos que contribuyen al control de los procesos de esterilización y son:

- Cinta adhesivo termosensible ó sensible a gas.

Se coloca en la parte externa e interna de la envoltura que va a ser esterilizada por gas ó vapor. Indica que cada paquete ha sido procesado a través de un esterilizador, pero no prueba que los contenidos se encuentren estériles. Se

requiere entonces efectuar el control a los autoclaves ó esterilizadores de gas cada semana, empleando medios biológicos.

- Medios biológicos para el control de la esterilización

Los medios biológicos tienen su principio en el conocimiento de cierto grado de resistencia de formas esporuladas de algunos microorganismos a la acción letal de la temperatura ó del óxido de etileno.

Control de autoclaves (calor húmedo)

- Se emplea una suspensión de esporas de bacilos *stearothermophilus*, en un medio de cultivo adicionado con un indicador de ph, envasado en ampollas de vidrio. Este bacilo no es patógeno.

ANEXO 7 PORTAFOLIO DE SERVICIOS



RESEÑA

El PADOM es un programa diseñado para prestar atención médica y paramédica domiciliaria a los pacientes que presenten infecciones de piel y tejido celular subcutáneo con énfasis en el autocuidado e involucrando la familia y su entorno en el proceso de recuperación.

CULTURA CORPORATIVA

VISION

MISION

**VALORES
CORPORATIVOS**

VISION

Ser reconocidos en la próxima década por la comunidad y el sector salud de Bucaramanga, como el programa domiciliario líder en el manejo de las infecciones de piel y tejidos blandos, mediante resultados efectivos, calidad en la atención y costo razonable.

MISION

Ofrecer a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios y a la comunidad en general que presenten infecciones de piel y tejido celular subcutáneo atención domiciliaria con calidad y sentido humano que involucre su estilo de vida y entorno.

PRINCIPIOS Y VALORES CORPORATIVOS

CALIDEZ
HONESTIDAD
EQUIDAD
EFICIENCIA
EFICACIA
ACTITUD DE SERVICIO

BENEFICIOS DEL PADOM PARA EL PACIENTE

1. Participación activa en su recuperación
2. Permanencia en su hogar
3. Disminución de costos para la familia
4. Menor trauma psicológico
5. Preserva intimidad
6. Mayor calidez en el servicio
7. Personalización de la atención

BENEFICIOS DEL PADOM PARA LA ASEGURADORA

1. Mejorar la imagen de la Institución
2. Disminuye estancia hospitalaria
3. Disminución del tiempo de recuperación
4. Evita complicaciones intrahospitalarias
5. Optimización de los recursos
6. Mayor competitividad en el mercado



MERCADO POTENCIAL



1.074.929

**MERCADO
BUCARAMANGA Y AREA
METROPOLITANA**

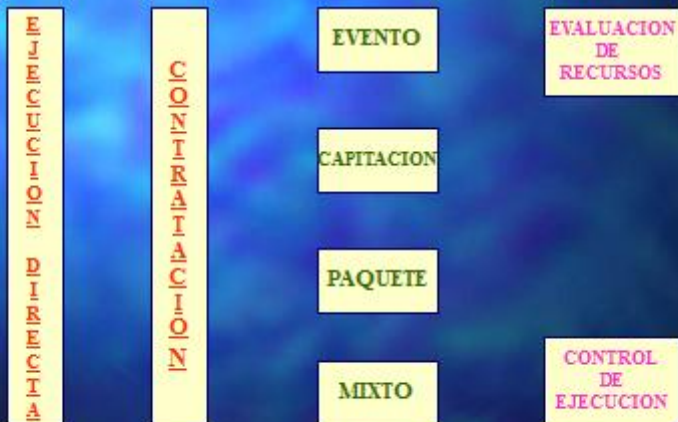
PORTAFOLIO DE SERVICIOS

ATENCIÓN DOMICILIARIA

- . Médica
- . Enfermería
- . Laboratorios
- . Antibióticoterapia

ASESORIA ESPECIALIZADA

CONTRATOS



MODELO DE ATENCION



Criterios Médicos de Inclusión en el PADOM

1. Diagnóstico de alguna enfermedad infecciosa de la piel y/o tejido celular subcutáneo, de etiología bacteriana
2. Enfermedades concomitantes crónicas no descompensadas o ausencia de las mismas
3. Ausencia de compromiso sistémico asociado
4. Facilidad de acceso venoso del paciente
5. Requerimiento de máximo 2 desbridamientos quirúrgicos durante su permanencia en el programa.
6. No estar recibiendo simultáneamente ningún otro tratamiento alternativo

Criterios Administrativos de Inclusión en el PADOM

1. Aceptación voluntaria del paciente y/o su representante y compromiso de seguir los lineamientos del Programa
2. Tener edad mayor de 7 años
3. Residir en el área metropolitana
4. Facilidad de adecuación locativa dentro de la vivienda para garantizar el manejo y cumplimiento de normas de higiene, aseo y bioseguridad
5. Adquisición de algunos elementos básicos para uso del paciente: termómetro, toallas personales, sábanas y garantizar su respectivo lavado y desinfección
6. Acompañamiento permanente del paciente
7. Colaboración con el equipo para llenar los registros correspondientes al Programa.
8. Encontrarse al día con los pagos de la Seguridad Social
9. Garantizar el reconocimiento económico del servicio bien sea por parte del paciente y/o su aseguradora para dar plena continuidad al tratamiento



GARANTIA DE CALIDAD

SISTEMA DE GARANTIA DE CALIDAD INTERRELACION ENTRE LOS ATRIBUTOS DE CALIDAD



RESULTADOS ESPERADOS

EN SALUD

ECONOMICOS

IMAGEN



**RESULTADOS
EN SALUD**



**RESULTADOS
ECONÓMICOS**

IMAGEN



VALORES AGREGADOS E.A.P.B.

- A. Estabilidad en los costos asistenciales
- B. Satisfacción de los Usuarios
- C. Disminución de complicaciones
- D. Niveles de calidad concertados
- E. Modelo de atención concertado y único de fácil evaluación y control
- F. Información estadística y epidemiológica consolidada

TARIFAS

1. Paquete diario de servicios:
 - * Incluye atención médica, enfermería, suministros y curaciones
 - * No incluye medicamentos ni suministros para su administración
2. Cobro por evento
3. Capitación

Ahorro para la EAPB

Tratamiento en Institución de tercer nivel

	No	Valor unitario	Valor total
Internación servicio de complejidad alta	9	98.539	888.851
Material médico quirúrgico			
Medicamentos			
Laboratorios			
Honorarios médico especialista	10	15.095	150.950
TOTAL		111.634	1.019.801

Ahorro para la EAPB

Tratamiento en PADOM *

	No	Valor unitario	Valor total
Manejo diario en PADOM	9	84.000	756.000
Material médico quirúrgico			
Medicamentos			
Laboratorios			
Interconsultas médico especialista	1		12.510
TOTAL		84.000	768.510

FIN

ANEXO 8. ANEXOS PADOM

1. FORMATO ADMINISTRATIVO DE INGRESO AL PROGRAMA

Contiene los datos de identificación del Usuario, tiempo y voluntad de dedicación de su acompañante o acudiente, condiciones de la vivienda y criterios para garantizar el adecuado manejo en casa.

Este formato debe ser diligenciado y calificado por la enfermera jefe del PADOM, quien realiza observaciones que a su parecer pudieran ser útiles en el manejo.

Además el paciente firma, como muestra de que ha sido informado acerca del objetivo del programa y está dispuesto a colaborar con el mismo.

Este formato no exime de responsabilidad médico legal al equipo tratante.



FORMATO ADMINISTRATIVO DE INGRESO PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

P. L. N.	D.	M.	A.			
				EMPRESA ASEGURADORA	COTIZ	BENEF

PACIENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
EDAD	TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	ESCOLARIDAD

ACUDIENTE O RESPONSABLE DEL PACIENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
EDAD	TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	ESCOLARIDAD
TIEMPO DE PERMANENCIA DIARIA CON EL PACIENTE	24 h <input type="checkbox"/> 12 h <input type="checkbox"/> < 6h <input type="checkbox"/> > 6h <input type="checkbox"/>	
		PARENTESCO

DATOS DE LA RESIDENCIA

DIRECCION	BARRIO																		
ESTRATO <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">6</td></tr> </table>							1	2	3	4	5	6	AREA <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px; text-align: center;">urbana</td><td style="width: 20px; height: 15px; text-align: center;">rural</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr> </table>		urbana	rural			
1	2	3	4	5	6														
	urbana	rural																	
SERVICIOS PUBLICOS <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">AGUA</td><td style="text-align: center;">LUZ</td><td style="text-align: center;">TELEFON o</td><td style="text-align: center;">GAS</td><td style="text-align: center;">T.V.</td><td style="text-align: center;"></td></tr> </table>							AGUA	LUZ	TELEFON o	GAS	T.V.		TELEFONO OBSERVACIONES _____ _____ _____						
AGUA	LUZ	TELEFON o	GAS	T.V.															

CONCEPTO PADOM

CUMPLE CRITERIOS ADMINISTRATIVOS DE INGRESO	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	COMENTARIOS _____ _____ _____
PACIENTE Y FAMILIA ACEPTA	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

* He recibido información suficiente y adecuada del personal sobre el programa de atención domiciliaria (PADOM), para beneficiar y inconveniente al recibir el tratamiento médico en mi residencia.
 * He sido informado sobre los riesgos y posibles complicaciones de mi enfermedad y acepta voluntariamente el ingreso al programa.

2. FORMATO CLINICO DE INGRESO AL PROGRAMA

Contiene los datos de identificación del Usuario, resumen de historia clínica, enfermedades concomitantes, presencia o ausencia de compromiso sistémico, facilidad de acceso venoso, tratamientos médicos y quirúrgicos recibidos, calificación por el especialista tratante como cumplimiento de criterios de ingreso al PADOM.

Lo diligencia el médico especialista tratante, quien debe consignar el objetivo del tratamiento para ese paciente, esquema antibiótico, plan de manejo de las lesiones y recomendaciones.



FORMATO CLINICO DE INGRESO PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA

Fecha	D.	Mes	Año	EMPRESA ASEGURADORA	Cotiz	Benefic

PACIENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
EDAD	TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	SEXO

RESUMEN HISTORIA CLINICA

DIAGNOSTICO	
SITIO DE LA LESION	
TIEMPO DE EVOLUCION, ENFERMEDAD ACTUAL Y DESCRIPCION DE LA LESION	
ENFERMEDADES CONCOMITANTES	
1.	COMPENSADA
2.	
3.	
PRESENCIA ACTUAL DE COMPROMISO SISTEMICO	
FACILIDAD DE ACCESO VENOSO	
TRATAMIENTO QUIRURGICO RECIBIDO	
TRATAMIENTO MEDICO RECIBIDO	

CONCEPTO PADOM

CUMPLE CRITERIOS MEDICOS DE INGRESO Si No

COMENTARIOS

PLAN DE MANEJO MEDICO DOMICILIARIO



OBJETIVO

GERMEN PROBABLE O CONFIRMADO

ESQUEMA ANTIBIOTICO (DOSIS, INTERVALO Y TIEMPO DE TRATAMIENTO)

MANEJO DE LA(S) LESION (ES)

RECOMENDACIONES DEL ESPECIALISTA TRATANTE

ESPECIALISTA TRATANTE

NOMBRE, REGISTRO Y FIRMA

3. FORMATO PARA SOLICITUD DE ORDEN DE TRATAMIENTO DOMICILIARIO

Lo diligencia el médico tratante, incluyendo datos personales del paciente, resumen de historia clínica, condiciones de la lesión y plan de manejo determinado, para solicitar ante la empresa aseguradora del Usuario la respectiva orden de autorización del servicio para efectos de cobro.



FORMATO PARA SOLICITUD DE ORDEN DE TRATAMIENTO DOMICILIARIO

Fecha	D.	M.	A.

EMPRESA ASEGURADORA

COTIZ

BENEF

PACIENTE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NOMBRES

EDAD

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION

RESUMEN HISTORIA CLINICA

DIAGNOSTICO

SITIO DE LA LESION

TIEMPO DE EVOLUCION,
ENFERMEDAD ACTUAL Y
DESCRIPCION DE LA
LESION

PLAN DE MANEJO MEDICO DOMICILIARIO

OBJETIVO Y TIEMPO APROXIMADO DE TRATAMIENTO

ESQUEMA ANTIBIOTICO (DOSIS, INTERVALO Y TIEMPO DE TRATAMIENTO)

MANEJO DE LA(S) LESION(ES)

INFORMACION PARA SER DILIGENCIADA POR LA EAPB

Fecha de afiliación	D.	M.	A.

OBSERVACIONES

FIRMA AUTORIZADA

4. FORMATO PARA DILIGENCIAMIENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lo diligencia el médico tratante para registrar la autorización del paciente del ingreso al programa y la evidencia del suministro de información con relación a los riesgos y posibles complicaciones del manejo domiciliario.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA

Código de ética médica. Ley 23 de 1981. Código de ética médica, Decreto 3380 de 1981. Resolución 7011 del 30 de Junio de 1982 Artículo 34

FECHA: _____

DECLARACIÓN DEL PACIENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL :

Yo, _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi nombre propio o en mi calidad de _____ del paciente _____, documento de identificación tipo _____ N° _____ expedido en _____, por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he sido informado por el médico tratante, que con base en la información clínica obtenida en la Historia clínica, el examen clínico, los resultados de las ayudas diagnósticas, ha tomado la decisión de suministrarme tratamiento médico de HOSPITALIZACION DOMICILIARIA, la cual consiste en suministrarme el tratamiento requerido para mi enfermedad _____, en mi domicilio, con los mismos criterios de calidad que recibiría estando internado en una Institución Hospitalaria.

Se me ha explicado la naturaleza de mi enfermedad, su pronóstico y que el tratamiento en algunos casos no garantiza la resolución de la enfermedad, se me ha informado sobre las diferentes alternativas de tratamiento disponibles y ayudas diagnósticas, sobre sus beneficios, eventuales riesgos y complicaciones y que la responsabilidad del equipo de salud del programa PADOM es colocar todo el conocimiento, pericia y medios técnicos disponibles dentro de un marco de máxima seguridad a fin de alcanzar el mejor resultado posible, por lo cual no es posible garantizar los resultados que se obtendrán:

Dentro de los riesgos y complicaciones están los siguientes: Respuesta inadecuada al esquema de tratamiento con progresión de la enfermedad, Infecciones sistémicas, Descompensación de patologías concomitantes, Reacciones alérgicas a medicamentos o soluciones tópicas, Cicatrices deformantes o queloides, Hemorragias o hematomas superficiales, Pérdida de la función de algún órgano, Infección por gérmenes distintos, Otras inherentes al propio paciente.

DOY CONSTANCIA DE QUE SE ME HA EXPLICADO EN LENGUAJE SENCILLO, CLARO Y ENTENDIBLE, PARA MI Y SE ME HA PERMITIDO HACER TODAS LAS PREGUNTAS NECESARIAS, LAS CUALES HAN SIDO RESPONDIDAS DE MANERA SATISFACTORIA Y SE ME HA EXPLICADO QUE TENGO DERECHO A RECHAZAR EL TRATAMIENTO PROPUESTO.

Con base en lo descrito: Acepto _____ No acepto _____ la hospitalización a nivel domiciliario bajo las condiciones y objetivos propuestos de tratamiento así como los riesgos justificados de la práctica médica requerida para mi recuperación.

DECLARACIONES Y FIRMAS:

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

_____ C.C. _____

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

_____ C.C. _____

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO RESPONSABLE

_____ C.C. _____

NOTA : En caso de un menor de 18 años, deben firmar ambos padres o quien tenga la custodia si es el caso.

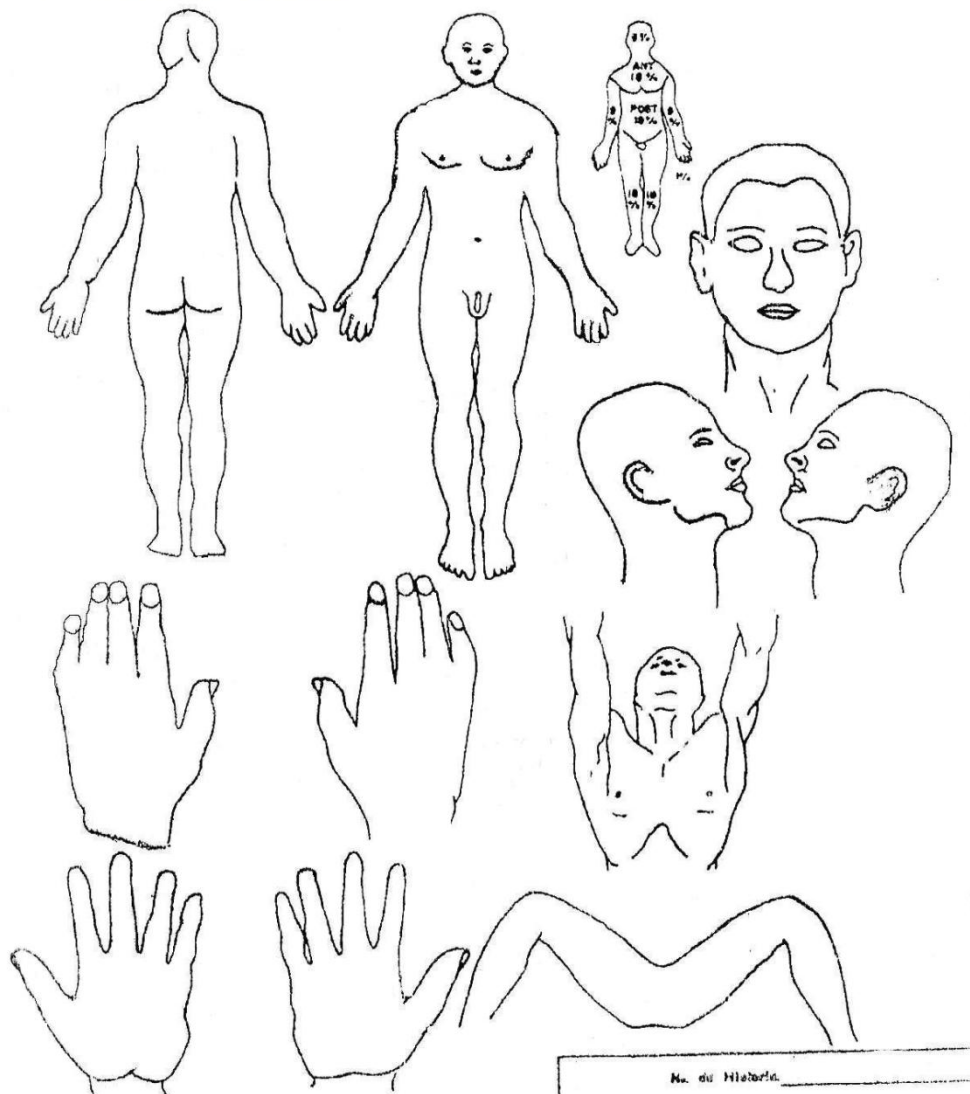
5. FORMATO DE REGISTRO AREA DE SUPERFICIE CORPORAL AFECTADA

Lo diligencia el médico tratante para ilustrar la extensión de la lesión y hacer el seguimiento de la misma.



PADOM
PROGRAMA AMBULATORIO DE ATENCION
A ENFERMOS CON INFECCIONES DE PIEL
Y
TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO

AREA DE SUPERFICIE CORPORAL AFECTADA



No. de Historia.		
Apellidos In.	Ed.	Nombre
Casa	Servicio	

7. FORMATO DE HISTORIA CLINICA Y ANOTACIONES DE ENFERMERIA

Lo diligencia el médico tratante y las enfermeras para realizar las anotaciones pertinentes con relación al estado clínico del paciente, la exploración física, registro de exámenes paraclínicos, análisis del caso, evoluciones diarias y registro de procedimientos especiales.

8. FORMATO DE REGISTRO DE ÓRDENES MEDICAS

Lo diligencia el médico tratante para registrar el tratamiento requerido (medicamento, presentación, dosis, vía de administración, recomendaciones especiales, etc...) acorde con los protocolos médicos establecidos en el PADOM.



PADOM
PROGRAMA AMBULATORIO DE ATENCION
A ENFERMOS CON INFECCIONES DE PIEL
Y
TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO

ORDENES MEDICAS

DIA	MES	AÑO	EMPRESA REGISTRO	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Hab / Cama
DESCRIPCION TRATAMIENTO							CANTIDAD
MEDICO (Firma y Sello)			SERVICIO FARMACEUTICO	ENFERMERA		TOTAL	

ORIGINAL: HISTORIA CLINICA PRIMERA COPIA: EMPRESA SEGUNDA COPIA: SERVICIO FARMACEUTICO

10. FORMATO DE CONTROL DE GASTOS E INSUMOS

Lo diligencia el (la) auxiliar de enfermería para registro de consumos derivados de la atención médica y paramédica, con el fin de llevar el control de gastos y para efectos de facturación, según la modalidad de contratación de cada caso.

MATERIAL		CANTIDAD	MATERIAL		CANTIDAD
BRANULA N°			JERINGA x		
BRANULA N°			AGUJA N°		
EQUIPO DE VENOCLISIS			AGUA ESTERIL x		
EQUIPO DE MICROGOTEO			BURETROL		
EQUIPO DE BOMBA BAXTER			EQUIPO DE TRANSFUSIÓN CON FILTRO DESLEUCOSITADO		
EQUIPO DE TRANSFUSIÓN DE SANGRE			SOLUCION SALINA x		
E. TRANSFUSIÓN DE PLAQUETAS			SOLUCION SALINA x		
E. TRANSFUSIÓN DE BOMBA			CISTOFLO		
CATETER PNR			SONDA FOLEY N°		
LLAVE DE TRES VÍAS			SONDA NELATON N°		
EXTENSIÓN DE ANESTESIA			SONDA DE ALIMENTACIÓN N°		
ESPINOCAN N°			SONDA NASOGASTRICA N°		
SURECAN CON ALAS N°			APOSITO TRANSPARENTE		
SURECAN SIN ALAS N°			KIT VENTURY ADULTO		
KIT NEBULIZADOR PEDIAT.			KIT VENTURY PEDIÁTRICO		
KIT NEBULIZADOR ADULTOS			HUMIDIFICADOR DE OXÍGENO		
CANULA DE OXIGENO NEO			HUMIDIFICADOR VENTURY		
CANULA DE OXIGENO PED			TUBO OROTRAQUEAL N°		
CANULA DE OXIGENO ADULT			BOLSA NUTRIFLO		
CANULA DE O2 CON MASCARILLA PEDIATRICA			BOLSA VIAFLEX		
JERINGA INSULINA x 30 UI			SIFÓN PARA TORAX		
JERINGA x			BOLSA DE COLOSTOMIA		
JERINGA x			GALLETA COLOSTOMIA N°		

