



Boletín Extra 2018

ASOREUMA

INFORME MESA DE TRABAJO MODELO DE ATENCIÓN EN ARTRITIS REUMATOIDE ASOREUMA

02 DE MARZO DE 2018 ASAMBLEA GENERAL X CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN REUMATOLOGÍA


Cordial saludo.

Desde la presidencia pasada de Asoreuma, en el 2016, se decidió llevar a cabo uno de los proyectos de la casa estratégica: ***“Diseñar, concertar, estandarizar y poner en práctica un modelo de atención propio para la atención de pacientes con artritis reumatoide (AR)”***.

Este modelo debía orientar y generar pautas diferenciadoras, en la prestación de los servicios de la especialidad en el País, integrando las competencias tanto de especialistas en reumatología como de los demás profesionales de la salud. Se escogió la Artritis Reumatoide (AR) como la enfermedad piloto por sus impactos en salud, directos e indirectos.

Para cumplir con este objetivo se creó una mesa de trabajo, inicialmente con 11 líderes de opinión (9 reumatólogos de adultos; 2 reumatólogas pediatras). Utilizamos la información de la Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la artritis reumatoide (2014), de la Cuenta de Alto Costo (CAC) de AR y demás literatura mundial acerca del tema y modelos de atención. A través de reuniones virtuales (plataforma GoToMeeting) y presenciales, cada participante presentó sus percepciones y aportes desde su conocimiento y experiencia para el desarrollo del modelo, lográndose un consenso. Posteriormente, Asoreuma puso a disposición de la mesa a dos asesores metodológicos para concertar y concretar el modelo, lo cual permitió poner en términos operativos todo el trabajo de los líderes de opinión. Como producto, se ha creado un documento marco llamado MODELO ASOREUMA DE ATENCIÓN EN ARTRITIS REUMATOIDE, del cual ponemos a su disposición un

resumen ejecutivo. Este ejercicio académico y gremial nos ha permitido acercarnos al Ministerio de Salud y Protección Social colombiano para la participación en la creación y definición de la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) para AR, en lo cual hemos avanzado y somos parte importante del proceso como asociación científica. El modelo propuesto por Asoreuma, con sus 13 componentes, incluye y sobrepasa los componentes estructurales de la RIAS. Nos adelantamos a sus necesidades y ahora trabajamos en equipo.

Esperamos que el documento final se convierta en la base de la RIAS de AR, pueda ser publicado completamente para su conocimiento y nos permita aplicar una mejor manera de tratar los pacientes con AR en el país. 

Muchas gracias,

Mesa de trabajo Modelo de Atención en AR, Asoreuma 2016-2018.

Paul Alejandro Méndez Patarroyo
Álvaro Arbeláez Cortés
Ramón Abel Castaño
Erick W. Bausano Guerra
Adriana Lucía Vanegas García
Carlos Enrique Toro Gutiérrez
Carlos Darío Ochoa Rojas

RESUMEN EJECUTIVO DE MODELO ASOREUMA DE ATENCIÓN EN ARTRITIS REUMATOIDE

Para entender un modelo de atención en AR resulta pertinente la analogía del avión y la torre de control. Esta analogía se expresa en los siguientes términos: la enfermedad crónica (para el caso, la AR) es como un avión que nunca aterriza; y el piloto de ese avión es el paciente, no el médico. El piloto lleva una tripulación, que son sus cuidadores, y está rodeado de un entorno lleno de amenazas, que son los entornos familiar, laboral, educativo (si acude a entornos de este tipo), comunitario y social.



En esta analogía, el equipo de salud a lo sumo puede aspirar a ejercer una buena función como torre de control. Es su deber capturar las señales del avión y del piloto a la torre de control, con excelentes equipos de radar y de monitoreo y un excelente equipo de controladores aéreos, es decir, los profesionales, técnicos y auxiliares de la institución prestadora, que se encargan de procesar la información recibida para tomar las decisiones diagnósticas, terapéuticas y administrativas de manera pertinente y oportuna, que serán las respuestas enviadas al piloto y a su tripulación.

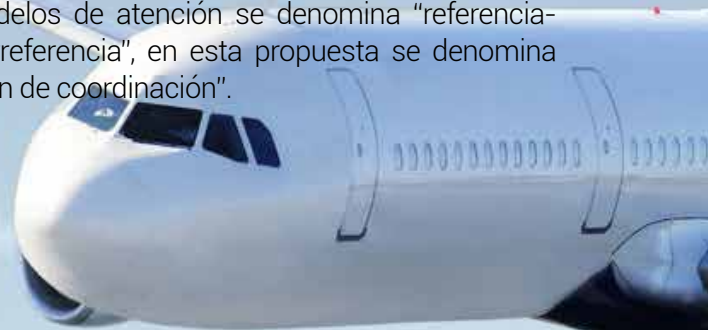
Sin embargo, dado que más del 99% del tiempo el paciente está solo, en su entorno familiar, laboral, educativo, comunitario y social, el efecto de la torre de control es limitado, pues es el paciente quien en realidad controla su enfermedad. En este contexto, el piloto va solo al frente de su avión y la torre de control difícilmente se entera de qué está pasando en ese vuelo. En un esquema de controles periódicos de la enfermedad crónica, como se entiende hoy en día, es como si en una torre de control real, trataran de hacer seguimiento a los aviones en vuelo con contactos cada quince minutos y de un segundo de duración. Por esto, dependiendo de qué tan motivado y activado esté el paciente para tomar el control de

su enfermedad, será más factible que cambie sus hábitos, adopte estilos de vida saludable y sepa enfrentar contingencias durante ese 99% del tiempo que está solo, y que esto le permita lograr las metas terapéuticas.



Así, para tener un buen control de la enfermedad crónica siguiendo la analogía del avión en pleno vuelo, es necesario tener un claro perfil del piloto, del avión, de la tripulación y de la ruta. Este perfil debe arrojar la información necesaria para definir un plan de vuelo, el cual sirve de base para verificar que el avión va en dirección correcta hacia su objetivo y que la mayor cantidad posible de variables que influyen sobre ese logro están adecuadamente monitorizadas y controladas. Sobre la base de este perfil de riesgo se define el plan de vuelo, el cual es individualizado y sirve de instrumento de seguimiento para todos los contactos con el paciente, sean presenciales o no presenciales.

Cuando se decide que el avión en pleno vuelo debe desviarse por alguna razón, es necesario que la torre de control haga un seguimiento preciso para verificar que el avión vuelva a su ruta. Esto es lo que sucede cuando se hace una referencia a otro especialista o a algún servicio que el prestador no entrega directamente. Lo que en la terminología estándar de modelos de atención se denomina "referencia-contrarreferencia", en esta propuesta se denomina "función de coordinación".



Ahora bien, pueden ocurrir eventos inesperados en pleno vuelo, como una despresurización, o fuego en una turbina. Estos eventos requieren un apoyo inmediato para que se tomen las acciones correctivas del caso y el avión no sufra un accidente. En la enfermedad crónica esto equivale a los episodios agudos y su abordaje debe ser lo más proactivo posible para evitar una hospitalización o minimizar su duración en caso de que sea inevitable el ingreso al hospital. También es necesario coordinar el período post-agudo para verificar que no haya traumatismos en el plan de vuelo y este sea retomado adecuadamente.



Para que la torre de control tenga éxito en su función de apoyo al avión en pleno vuelo, debe contar con unas características en su estructura y procesos que le permitan acceder rápidamente a la información relevante y utilizar los innumerables datos que le llegan del avión, el piloto, la tripulación y el entorno. La característica más importante de este grupo de personas que están en la torre de control, más allá de sus cualificaciones personales y profesionales, es su capacidad de trabajar como equipo. En los actuales modelos de prestación la torre de control es bastante limitada, con poca información, sin plan de vuelo y algunos radares muy primitivos. Además, las personas que están en la torre de control no interactúan como equipo ni tienen un conjunto de códigos compartidos. Con mucha frecuencia ocurre que, por carecer de un plan de vuelo, no se tiene claro si el avión va por buen camino o si tiene alguna característica que haga pensar que posiblemente tendrá problemas en un futuro o si los está presentando actualmente.

Siguiendo la analogía del avión en vuelo y la torre de control se describirán los trece componentes que debe tener un modelo de atención de enfermedades crónicas. Estos trece componentes han sido propuestos por Castaño y han sido utilizados para evaluar modelos de atención de la más diversa índole, desde modelos de nivel primario hasta modelos de cáncer, pasando por modelos de enfermedades crónicas incluyendo la AR. Cada componente tiene bases en la evidencia disponible y en el consenso de expertos temáticos; algunos aspectos son innovadores, por lo cual no serán basados en evidencias, sino que utilizan esta para proponer elementos que mejorarían el desempeño del modelo en términos de resultados clínicos, de calidad de vida y económicos.

Los trece componentes de los modelos de atención crónica con su aplicación específica en AR son los siguientes:

1. Perfilamiento poblacional:

El asegurador busca activamente dentro de su población asegurada personas en etapas tempranas de AR y los reporta a la IPS para que sean confirmados o descartados.

2. Confirmación diagnóstica:

La IPS contacta las personas potencialmente afectadas por AR y les realiza las pruebas diagnósticas estandarizadas y pertinentes para confirmar o descartar el diagnóstico.

3. Perfilamiento individual del riesgo:

La IPS realiza una revisión exhaustiva del perfil biomédico, psicoafectivo y FLECS (familiar, laboral, educativo, comunitario y social) y lo sintetiza en una calificación del riesgo en función de resultados clínicos y económicos.

4. Plan de cuidado individualizado:

Con base en el perfilamiento individual el programa define un plan de cuidado para cada paciente. En este plan se incluyen las metas intermedias y finales de la terapia, las cuales deben ser acordadas con el paciente.

5. Seguimiento del paciente:

La IPS realiza seguimiento del paciente por medios presenciales o no presenciales. En este seguimiento se verifica el avance en el plan de cuidado individualizado, los problemas relacionados con la ejecución del plan de cuidado, y se toman las acciones correctivas que sean necesarias.

6. Educación para el autocuidado:

La IPS realiza actividades de educación para el autocuidado a pacientes y cuidadores, por medios presenciales y virtuales, y de manera individual o colectiva.

7. Apoyo para el autocuidado:

La IPS realiza actividades para mantener el acompañamiento al paciente durante el tiempo que no está en contacto con el equipo de salud, orientadas a la conciliación medicamentosa, el reforzamiento de la adherencia a la terapia farmacológica y no farmacológica, el cambio de hábitos, la adopción de estilos de vida saludables, la resolución de necesidades menores, y el contacto en caso de episodios agudos.

8. Función de coordinación:

La IPS garantiza que cuando el paciente necesita recibir servicios en otros escenarios de atención, bien sea en relación con la AR, o con comorbilidades crónicas, complicaciones de la enfermedad o la terapia, estos servicios se ejecuten de la manera que han sido planeados y se obtenga la información relevante de manera oportuna para ajustar el plan de cuidado en lo pertinente, garantizando que no queden cabos sueltos, que el paciente no quede atrapado en cuellos de botella y que no se tomen decisiones equivocadas.

9. Gestión de episodios agudos:

La IPS cuenta con medios de contacto efectivos para que el paciente o cuidadores alerten sobre signos inminentes de exacerbaciones o episodios agudos relacionados o no con la enfermedad;

realiza las acciones necesarias para conjurar el episodio o direccionar el paciente al servicio de urgencias tempranamente de tal manera que el episodio agudo no quede desconectado del ciclo de atención, tanto al ingreso como durante el trans-hospitalario y al momento del egreso mediante un alta planificada.

10. Historia clínica electrónica y sistemas de soporte a decisiones clínicas (SSDC):

La IPS cuenta con historia clínica electrónica, la cual permite conectarse con el sistema de información de la EPS y de otras IPS, y puede ser accedida por el paciente. Además, la historia clínica cuenta con sistemas de soporte a decisiones clínicas, que facilitan la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas.

11. Gestión basada en resultados:

La IPS define los indicadores de resultado clínico y de calidad de vida relevantes para la AR, y define ciclos de mejoramiento en función de estos indicadores.

12. Trabajo en equipo:

La IPS cuenta con un equipo de personas que interactúan en función de lograr los mejores resultados clínicos, de calidad de vida y económicos posibles, y se refuerzan los elementos de la efectividad de los equipos de trabajo.

13. Mecanismo de pago:

La forma como el asegurador paga al prestador por sus servicios, y como éste le paga al médico, incentiva el correcto desarrollo y la alineación de los elementos del modelo de atención y la obtención de los resultados clínicos, de calidad de vida y económicos.

La Mesa de trabajo Modelo de Atención en AR, Asoreuma 2016-2018, agradece a los siguientes asociados por su participación en versiones anteriores de este modelo: Pedro Iván Santos Moreno, Adriana Rojas-Villarraga, Oscar Jair Felipe-Díaz, Edwin Jáuregui, Adriana Díaz, Pilar Guarnizo, Carlo Vinicio Caballero Uribe.