



PROTOCOLO PACIENTE CRONICO COMPLEJO

INTRODUCCION

El paciente crónico complejo es un término reciente que engloba a aquellos pacientes que presentan varias enfermedades crónicas de manera concurrente, sobreutilizan los servicios de salud en todos los ámbitos, presentan determinadas enfermedades limitantes y progresivas con fallo de órgano como IC, insuficiencia renal o la EPOC, la polifarmacia o el deterioro funcional para las actividades de la vida cotidiana. Además se incluyen otros factores de complejidad en la atención y gestión como son los sociofamiliares.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Paciente pluripatológico que cumpla criterios de crónico complejo
2. Múltiples ingresos hospitalarios y asistencias a urgencias y a su centro de Atención Primaria
3. Aceptación del paciente y/o responsable
4. Posibilidad de beneficiarse del seguimiento periódico

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Inestabilidad clínica
2. Situación de últimos días de la vida
3. Desacuerdo del paciente y/o responsable

CIRCUITO DE DERIVACIÓN

- El médico responsable junto con el internista de referencia contactarán con el médico del HDM, para acordar seguimiento
- Se consensuará con el paciente y/o responsable el seguimiento en el HDM
- Se rellenará hoja de derivación específica que se remitirá a Enfermera de HDM para asignar cita (FAX, correo electrónico o directamente en Admisión del HDM o en secretaria de M.Interna del AGSNA)
- Se adjuntará informe clínico completo
- Se facilitará el medio de transporte para acudir a la cita si fuese necesario



SEGUIMIENTO

El médico del HDM será el responsable hasta el alta; debiendo elaborar informe clínico de seguimiento y de alta con las recomendaciones necesarias

La enfermera del HDM realizará Educación al paciente mediante la promoción del autocuidado y de habilidades. Asimismo elaborará informe de cuidados de enfermería durante el seguimiento y al alta

Contacto continuado con enfermera de gestión de casos y/o trabajador social

Se tendrá informado en todo momento a sus médicos responsables, con los que podrá acordarse actitud a seguir.

PROTOCOLO DE ACTUACION

PRIMERA VISITA

- Historia clínica completa. Valorar soporte familiar
- Exploración: peso, TA, FC. ACR. Abdomen, MMII
- Pruebas diagnósticas y tratamiento, si precisa
- Conciliación de tratamiento. Repasar y detectar fallos.
- Plan educacional
- Elaborar plan de seguimiento

SEGUNDA VISITA Y SUCESIVAS VISITAS

- Tiempo de revisión en función de la evolución y necesidades
- Exploración: peso, TA, FC. ACR. Abdomen, MMII
- Pruebas diagnósticas y tratamiento, si precisa
- Optimización del tratamiento
- Dudas de paciente y cuidador
- Alta si procede. Comunicar a su MAP e internista de referencia