

PROCESO ASISTENCIAL EPOC

Definición funcional: Control y seguimiento del paciente con EPOC desde su sospecha y diagnóstico en cualquiera de los niveles asistenciales. Se establecen los criterios de atención, tanto en situación de estabilidad clínica como en las agudizaciones (evaluación inicial y diagnóstico, interconsultas, ingreso y alta hospitalaria), facilitando las medidas educacionales y terapéuticas que aseguren la mejoría clínica, aumenten la calidad de vida y la supervivencia.

Limite de entrada:

1. Paciente que presenta habitualmente alguno de los siguientes síntomas: tos, expectoración, disnea o ruidos respiratorios, generalmente de larga evolución y habitualmente, con antecedentes de tabaquismo, y que, tras la realización de espirometría, se demuestra obstrucción al flujo aéreo poco reversible(*). Dicha obstrucción bronquial puede también ocurrir en ausencia de síntomas respiratorios evidentes.
2. Paciente diagnosticado previamente de EPOC mediante espirometría forzada y que entra en el proceso para su seguimiento.

(* Se considera obstrucción al flujo aéreo un $FEV1 < 80\%$ del teórico y/o $FEV1$ (volumen respiratorio forzado en el primer segundo) / CVF (capacidad vital forzada) $< 70\%$ en valor absoluto

Limite final: Historia natural de la enfermedad o por salida a otro proceso asistencial con prioridad sobre éste que, además, asegure los mínimos de medidas terapéuticas del Proceso asistencial EPOC.

Limites marginales:

1. Pacientes que, aún presentado la sintomatología descrita como entrada al Proceso EPOC, en el momento del contacto con el Sistema Sanitario, su proceso principal sea otro distinto de éste.
2. Pacientes en programas de trasplante pulmonar, ventilación mecánica domiciliaria o cirugía de reducción del volumen pulmonar.
3. Pacientes en tratamiento sustitutivo de Alfa 1 antitripsina.

TIPO I- HOSPITALIZACION

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS PARA LA UGC MEDICINA INTERNA		
Profesionales	Actividades	Características de calidad
Médico de urgencias/ Atención Primaria	1. Atención Sanitaria.	<p>1.1. Médico de familia: derivará a urgencias si criterios de hospitalización urgente</p> <p>1.2. Médico de urgencias: realizará anamnesis y exploración y solicitará pruebas complementarias ajustadas al PAI (anexo I) y transmitirá la información al especialista y/o médico de guardia de la UGC Medicina Interna, si cumple criterios de ingreso en la UGC según PAI (anexo I). Si discrepancia, el especialista decidirá tras valoración en urgencias</p> <p>1.2. Δ3 Se deberá tener especial precaución en la comunicación de información durante el traspaso del paciente (transferencia del paciente) a la UGC de Medicina Interna.</p>
Personal administrativo	<p>2. Recepción de la persona.</p> <p>3. Trámites</p>	<p>2.1 Se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona mediante la utilización de tres códigos identificativos diferentes: nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA. Δ2-OMS 12-ESP.</p> <p>2.2 I Se informará de forma clara y precisa a la persona y/o familiar, manifestando una actitud facilitadora para responder a sus demandas y expectativas.</p> <p>3.1. Se facilitará justificante de ingreso hospitalario si así lo demandase el paciente y/o familiar.</p> <p>3.2. Realizará los trámites administrativos necesarios durante el ingreso del paciente</p> <p>3.3. Una vez dado de alta el paciente, ordenará la HC y la enviará al archivo</p>



<p>Enfermería UGC Medicina Interna</p>	<p>4. Atención Inicial y seguimiento</p>	<p>4. 1. Recepción:</p> <ul style="list-style-type: none">- Asignación de enfermera referente.- Plan de acogida: iInformación a la persona enferma y familiar: explicarles el funcionamiento de planta (hoja de información general de hospitalización o Guía del Usuario) y aclarar las posibles dudas. Comunicación del nombre de enfermera y auxiliar referente, mediante tarjeta informativa. <p>4. 2 Se verificara la identificación inequívoca del paciente Δ2-OMS 12-ESP.</p> <ul style="list-style-type: none">- Verificación de brazalete identificativo, que incluye Nombre y Apellidos, NUHSA, y NHC.- Se asegurará que antes de realizar pruebas diagnósticas o administrar medicamentos o componentes sanguíneos, se dispone del brazalete.- Comprobación de los datos y preparación de la historia clínica. <p>4.3. Se llevarán a cabo medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes. 9 OMS 17ESP</p> <p>4.4. Δ2 Se aplicarán medidas de seguridad tras Valoración de riesgos del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none">- Valoración del estado cognitivo, riesgo de caídas- Valoración según PAI específico NIC <p>Se define objetivo de cuidados para esta fase: "El paciente antes del alta será capaz de gestionar sus cuidados": (cod NOC 1813): al alta el paciente comprenderá el régimen terapéutico específico.</p> <p>4.5. Valoración del paciente en el Módulo de Cuidados Azahar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Registro en la historia clínica de la valoración inicial, según las 14 necesidades de Virginia Henderson.- Valoración de los índices de Barthel y Braden, y de Escala de Esfuerzo del Cuidador si procede.- Definición del Plan de Cuidados individualizado del paciente: ejecución del Plan, registro de evolución en historia clínica y aplicación del plan terapéutico: Δ1 Se deberá tener precaución en la administración de medicamentos de aspecto o nombre parecido. Aplicación de intervenciones definidas en el Plan de Cuidados individualizados. Aplicación NIC específico del proceso. Δ7 Aplicación de "evitar errores en la conexión de catéteres y tubos". <p>4.6. anexo*</p>
--	--	--

<p>Medico UGC Neumología</p>	<p>5. Atención inicial y seguimiento</p>	<p>5.1 Se verificara la identificación inequívoca de la persona Δ2.</p> <ul style="list-style-type: none"> - se comprobarán los datos de la historia clínica - se identificará claramente en cada hoja de la historia clínica, los datos del paciente.  <p>5.2. Se llevarán a cabo medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes. 9 OMS 17ESP</p> <p>5.3. Se aplicarán medidas que garanticen la administración segura de fármacos y la conciliación farmacoterapéutica. Δ16 ESP</p> <ul style="list-style-type: none"> - se realizará prescripción electrónica para evitar errores - en caso de no poder hacerse, se escribirá con letra legible, en lugar destinado para ello y con identificación plena del paciente. <p>5.4 El médico de guardia de la UGC recibirá al paciente y realizará anamnesis y exploración física, con registro en historia clínica. Además verificará pruebas complementarias realizadas, solicitará la precisas según PAI y ajustará el tratamiento (ANEXO II). Facilitará información concisa y clara al paciente y/o familiares.</p> <p>5.5. El médico responsable:</p> <p>A) Presentación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificación personal. Comunicación del nombre del personal facultativo responsable, I información de procedimientos a realizar. <p>B) Revisión de historia clínica completa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se verificará la información para evitar errores, especialmente en las hojas de procedimientos diagnósticos y de tratamiento, con la comprobación de los datos de identificación. - Δ6 En todos los casos se escribirá con letra legible. Se fechará y firmará cada uno de los documentos. <p>C) Visita médica diaria con horario reglado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se realizará anamnesis y exploración física. - Valoración conjunta con la enfermera referente <p>D) Criterios de calidad específicos del PAI: ANEXO II</p> <p>E) I información a paciente y familia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se informará puntualmente sobre la estrategia diagnóstico-terapéutica y sobre las posibles alternativas y se registrará en la historia clínica. - Con carácter diario, se informará sobre la situación clínica. - Se entregará Consentimiento Informado para los estudios que lo precisen, con explicación verbal de acuerdo a la capacidad de comprensión del paciente - La información será clara y comprensible
----------------------------------	--	---



<p>Médico / Enfermera AH</p>	<p>6. Planificación del alta</p>	<p>6.1. El médico y enfermera referente planificarán el alta del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none">- Se elaborará un informe clínico que garantice la continuidad asistencial con información completa sobre los procedimientos efectuados, actitudes terapéuticas y situación clínica y de cuidados del paciente y recomendaciones de pautas de autocuidados para paciente y, en su caso familia, en el domicilio.- Fomento de la autonomía personal- Se dispensarán las primeras recetas y visado de las mismas en caso necesario- Se le entregará el Cuestionario de satisfacción al Alta Hospitalaria.- Se facilitará la cita de revisión para consultas externas cuando sea necesaria.- Se confirmará la comprensión por parte del paciente y familia, de la información del plan terapéutico a seguir en domicilio.- Se gestionará la intervención temprana con la Enfermera Gestora de Casos (ECG) , en caso necesario Δ30MS 24ESP <p>6.2. En el momento del alta del paciente se le entregará el Informe, dejando constancia del mismo en la historia clínica y enviando copia al EBAP para información y facilitar continuidad asistencial.</p>
----------------------------------	----------------------------------	---

Fdo. Dr. Pedro L. Carrillo Alascio.
Especialista en Medicina Interna.
Director UGC Medicina Interna.

**PROCESO ASISTENCIAL EPOC
ANEXO I. CRITERIOS DE INGRESO Y DOCUMENTACION
ESPECIFICA**

En los Procesos Asistenciales Integrados se garantizará la transmisión de la información clínica entre los profesionales de diferentes ámbitos de actuación (Urgencias-Hospitalización), para asegurar la continuidad asistencial **Δ24-ESP**. Todo paciente debe ser ingresado con Criterios de Ingreso específicos y Documentación clínica específica

CRITERIOS DE INGRESO
<p>AGUDIZACION: (Fiebre, aumento de expectoración, aumento de disnea habitual, esputo purulento):</p> <ul style="list-style-type: none"> • SpO2 < 90% en pacientes sin IRC o SpO2 > 4% • Comorbilidad asociada grave • Taquipnea / Disnea limitante de movilidad, sueño, alimentación • Uso de musculatura accesoria/Resp paradójica • Cor Pulmonale descompensado • Signos de encefalopatía hipercápnica • Cianosis • Imposibilidad de manejo en domicilio • Necesidad de descartar otros diagnósticos • Mala evolución en el seguimiento de una exacerbación
<p>CRITERIOS DE EXCLUSION III (ingreso en UCI):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipoxemia persistente o que empeora. • Hipercapnia grave o que empeora. • Acidosis grave o que empeora. • Inestabilidad hemodinámica manifiesta. • Necesidad de ventilación mecánica invasiva. ➤ Todo ello a pesar de un correcto tratamiento en urgencias.
<p>DEBERAN DERIVARSE A C.EXT DE NEUMOLOGIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exacerbación no urgente de causa no aclarada • Dudas en relación diagnóstico tratamiento • No respuesta a tratamiento • Presencia de signos que sugieren cor pulmonale

DOCUMENTACION CLINICA ESPECIFICA
Anamnesis y exploración general y especialmente criterios de reagudización de EPOC.
Analítica general, RX, ECG y GSA.

**PROCESO ASISTENCIAL EPOC
ANEXO II. CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD EN PACIENTES
INGRESADOS**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD EVALUACION INICIAL	
PROCEDIMIENTO	OBSERVACIONES
HISTORIA CLINICA	<ul style="list-style-type: none"> • DISNEA • TOS • EXPECTORACIÓN • OTROS <ul style="list-style-type: none"> • Exposición ambiental a desencadenantes • Cumplimiento de la medicación • Fiebre • Traumatismos • Dolor torácico • Hemoptisis • Dolor en MMII • Cefalea/obnubilación/somnolencia
EXPLORACION FISICA	<ul style="list-style-type: none"> • Constantes vitales: FC y FR, TA, T^o y SpO₂ • Signos de gravedad: <ul style="list-style-type: none"> • De tipo respiratorio: cianosis, taquipnea, asterixis, tiraje supraclavicular, supraesternal y/o intercostal, respiración paradójica y disnea que incapacita para hablar • De tipo cardiocirculatorio: <ul style="list-style-type: none"> • Fallo ventricular derecho (edemas, ingurgitación yugular, hepatomegalia) • Fallo ventricular izquierdo (palidez, sudoración, frialdad, hipotensión) • Auscultación pulmonar y cardíaca

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD DIAGNOSTICO	
PROCEDIMIENTO	OBSERVACIONES
EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS	<ul style="list-style-type: none"> • ANALÍTICA • SpO₂/GSA • RX DE TÓRAX • ECG • MICROBIOLOGÍA

CRITERIOS DE CALIDAD TRATAMIENTO	
PROCEDIMIENTO	OBSERVACIONES
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oxigenoterapia 2. BD de acción corta (β2 agonistas/Anticolinérgicos) 3. Esteroides sistémicos 4. ¿Antibiótico? 5. Valorar tratamiento de comorbilidades, sobre todo pacientes cardiológicos y DM. 6. Profilaxis de TVP/enf tromboembólica (inmovilidad) 7. Valorar VMNI si tiene criterios

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD AL ALTA	
PROCEDIMIENTO	OBSERVACIONES
	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente puede deambular por la habitación (si previamente a la exacerbación estaba capacitado para ello) • Puede comer sin disnea • El sueño no es interrumpido por despertares debidos a la misma • Estabilidad clínica y gasométrica durante 12 - 24 horas • No precisa broncodilatadores inhalados a intervalos menores de 4-6 horas • El paciente y/o cuidador han comprendido el esquema terapéutico • El domicilio está preparado para la llegada del paciente (oxigenoterapia, etc.) y el Centro de Salud tiene conocimiento del alta para preparar el esquema de visitas y plan de cuidados • El paciente, los cuidadores y el médico están razonablemente confiados en la recuperación domiciliaria

Dr. Pedro L. Carrillo Alascio
Director UGC Medicina Interna.