

TRANSFERENCIA DE PACIENTES OBSERVACION- HOSPITALIZACION DE MEDICINA INTERNA. 2016.

- La transferencia de pacientes desde el área de Urgencias a la Planta debe adecuarse a las circunstancias del paciente y al momento del traslado, especialmente en aquellos pacientes respiratorios (traslados con oxígeno), y en aquellos casos con ventilación mecánica no invasiva, o cualquier otra circunstancia que lo aconseje. En estas circunstancias es especialmente aconsejable que el paciente ingrese acompañado por un cuidador. En ningún caso se trasladarán enfermos sin tener preparado en planta el equipo necesario para su atención. El tratamiento prescrito en Urgencias tendrá una validez de 24h, salvo cambios clínicos.
- El ingreso en horario de mañana no se realizará en los momentos de pico de actividad, evitando una recepción por enfermería de Medicina Interna de menor calidad y seguridad a la recomendable. Por este motivo el momento de llegada a planta debe ser entre las 09:00 y las 13:45.
- En caso de precisar ingresos en horario de mañana se deberá avisar al personal de enfermería de planta y al internista interconsultor, por parte de Urgencias. En cualquier caso no deben ser pacientes inestables (es decir, en tratamiento con VMNI, perfusiones, oxigenoterapia con $FiO_2 > 35\%$, inestabilidad hemodinámica o síntomas no controlados). Se tratará de pacientes cuya reevaluación médica a su llegada a planta pueda demorarse hasta esa tarde en caso de saturación matutina de actividad. En caso de pacientes que precisen mayor atención médica y enfermera se ingresarán por la tarde para conseguir una mayor seguridad del paciente.

PACIENTES EN TRATAMIENTO CON VENTILACION MECANICA NO INVASIVA (VMNI):

- En el momento de la transferencia se avisará al área de hospitalización para tener preparada su recepción (equipo y enfermería disponibles).
- El tiempo de transferencia será el menor posible, siempre acompañada cuidador del paciente.
- Se informará inmediatamente al personal de enfermería de su llegada por el personal de traslado, priorizando el personal de enfermería

referente la recepción de pacientes con VMNI sobre otra actividad no urgente.

- En ningún caso se trasladará al paciente con VMNI en horario matutino (días laborables), salvo acuerdo con el neumólogo/internista (en caso de saturación de Observación se priorizarán otras patologías).
- Podrá hacer la transferencia a planta de hospitalización:
 - Cuando supere la situación clínica inestable.
 - Cuando deje de precisar VMNI continua.
 - Cuando no precise flujos de FiO₂ del 50% para mantener saturaciones por encima del 90%.
 - Tras las 2 primeras horas con BIPAP continua correctamente colocada y tolerada, se debe realizar control gasométrico. Si presenta mejora gasométrica, continuará con la BIPAP continua sin descansos 12 horas. Posteriormente se realizará control gasométrico tras 2 horas sin BIPAP con oxígeno para mantener saturaciones entre 88%-90%. Si la evolución clínica y gasométrica es favorable (pH 7.33-7.35), se podrá valorar ingreso en planta.
 - Se considera que el paciente está estable cuando tras descansar 2 horas de BiPAP no presenta empeoramiento clínico ni gasométrico.
 - Se recomienda una estancia mínima de evolución favorable en Observación de 12 horas (Guía SEPAR indica 12-24 horas), debido a que precisa monitorización pulsioximétrica continua y vigilada durante este tiempo.
- En caso de superar 24 horas de premanencia en Observación sin alcanzar la estabilidad arriba mencionada, deberá comentarse con UCI (fracaso terapéutico) o a Neumología / Internista (estabilidad clínica con mejoría gasométrica incompleta con FiO₂ < 0.40, valorar ingreso en planta).

Mateo Jesus Silvente Ramirez
Director UGC Urgencias

Pedro L. Carrillo Alascio
Director UGC M. Interna