

CRITERIOS DE INGRESO Y MANEJO HOSPITALARIO DE PACIENTES DEPENDIENTES

Pedro L. Carrillo Alascio
Especialista en Medicina Interna

01 de Junio de 2011

CARACTERÍSTICAS COMUNES DE LOS PACIENTES DEPENDIENTES Y PLURIPATOLÓGICOS

- Varias patologías crónicas/mantenidas con **síntomas continuos** y reagudizaciones frecuentes.
- Riesgos múltiples por patologías interrelacionadas: **Efecto dominó en descompensaciones**, interacciones (médicas, medicamentosas...).
- Contacto con los dos niveles asistenciales y varias especialidades médicas.
- Diversificación del **lugar de atención** (Centro de Salud, Hospital, Urgencias, Domicilio, Residencias)
- Consumo de **recursos** abundante (frecuentación, farmacia, visitas a domicilio, pr. complementarias).



CARACTERÍSTICAS COMUNES DE LOS PACIENTES DEPENDIENTES Y PLURIPATOLÓGICOS

- Disminución gradual de autonomía y capacidad funcional



DEPENDENCIA Y FRAGILIDAD.

- Repercusiones personales, familiares, socio-laborales, y económicas.
- Necesidad de apoyo de recursos sociales.
- Enfermedades que el Sistema Sanitario NO cura.



 REFLEJAN ANGUSTIA Y PREOCUPACIÓN POR EL FRACASO DEL MODELO DE ASISTENCIA QUE LES OFRECEMOS.

PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

Proceso de atención a pacientes que sufren enfermedades crónicas de dos o más de las siguientes 8 categorías clínicas:

Categoría A:

1. **Insuficiencia cardíaca** que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA (1).
2. **Cardiopatía isquémica**.

Categoría B:

1. **Vasculitis** y enfermedades autoinmunes sistémicas.
2. Enfermedad **renal** crónica definida por elevación de creatinina (>1,4 mg/dl en hombres o >1,3 mg/dl en mujeres) o proteinuria (2) mantenidas durante 3 meses.

Categoría C:

1. Enfermedad **respiratoria** crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de la MRC (3), o FEV1<65%, o SaO2 < 90%.

Categoría D:

1. Enfermedad inflamatoria **intestinal**.
2. **Hepatopatía** crónica con datos de insuficiencia hepatocelular (4) o hipertensión portal (5).

Categoría E:

1. Ataque **cerebrovascular**.
2. Enfermedad neurológica con déficit **motor** permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60).
3. Enfermedad neurológica con deterioro **cognitivo** permanente, al menos moderado (Pfeiffer con 5 ó más errores).

Categoría F:

1. **Arteriopatía** periférica sintomática.
2. **Diabetes** mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática.

Categoría G:

1. **Anemia** crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente Hb<10mg/dl en dos determinaciones separadas más de tres meses.
2. **Neoplasia** sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa.

Categoría H:

1. Enfermedad **osteoarticular** crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60).

CRITERIOS DE INGRESO

- EN PACIENTES DEPENDIENTES Y PLURIPATOLOGICOS EVITAR INGRESOS POR SITUACIONES CLINICAS QUE NO MODIFIQUEN SUSTANCIALMENTE LAS FUNCIONES ORGÁNICAS:
 - AIT / ACV EN PACIENTES CON DETERIO NEUROLOGICO DE BASE IMPORTANTE Y QUE SU INGRESO NO ESTE MOTIVADO POR NECESIDAD DE TRATAMIENTO O CUIDADO ESPECÍFICO.

RECOMENDACIONES DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO

- INFORMAR AL CUIDADOR DE ESTANCIAS NO PROLONGADAS, ADELANTARSE A DIFICULTADES “SOCIALES” DEL ALTA.
- DETECTAR NECESIDADES / ENLAZAR DE FORMA PRECOZ.
- INFORMAR A ENFERMERA DE ENLACE HOSPITALARIA, EN CASO NECESARIO.
- EEH: ATENCIÓN EN 24-48 HORAS APROXIMADAMENTE.
- INFORMAR A TRABAJADORA SOCIAL, EN CASO NECESARIO
- PROGRAMA DE CUIDADORAS.
- EN OCASIONES, VISITA DEL ENFERMERO DE ENLACE COMUNITARIO.

RECOMENDACIONES DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO

- APROVECHAR EL INGRESO HOSPITALARIO PARA INICIAR O INSISTIR EN EDUCACION AL PACIENTE / CUIDADOR:
 - EDUCACION DIABETOLOGICA BASICA
 - EDUCACION PACIENTES RESPIRATORIOS
 - RECOMENDACIONES PARA PACIENTES CON DISFAGIA
 - ALIMENTACION POR SONDA NASOGÁSTRICA
 - MEDIDAS ANTIESCARA / MOVILIZACION PRECOZ
 - AJUSTES DE MEDICACION
 -

RECOMENDACIONES DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO

- EVITAR ATROFIA POR DESUSO
- FACILITAR LAS MOVILIZACIONES EN CAMA
- LEVANTAR AL SILLON
- REHABILITACION
- RECOMENDACIÓN POR ESCRITO A CUIDADORES

PREPARAR EL ALTA HOSPITALARIA

- EVITAR LAS ALTAS LOS VIERNES
 - DISMINUYE EN FIN DE SEMANA LA CAPACIDAD DE “ENLACE” Y EL APOYO DE PRIMARIA.
 - AUMENTO DE REINGRESOS PRECOCES.

PREPARAR EL ALTA HOSPITALARIA

- INFORMAR A REHABILITACION / FISIOTERAPIA EL DÍA DE ANTES DEL ALTA
(Dr. Valero 729092, Dra Cebrian 729090, Dra Flores 729096)
(Informar al familiar / cuidador)
- PRODUCTOS SANITARIOS QUE PRECISEN DE VISADO REALIZARLOS ANTES DEL DÍA DEL ALTA
 - OXIGENO Y OTRAS TERAPIAS RESPIRATORIAS
 - ESPESANTES Y SUPLEMENTOS NUTRICIONALES
 - MATERIAL ORTOPROTÉSICO
 - CAMAS ARTICULADAS Y OTROS PRODUCTOS GESTIONADOS POR ENFERMERÍA DE ENLACE.

PREPARAR EL ALTA HOSPITALARIA

- APROVECHAR INGRESO HOSPITALARIO Y EL ALTA PARA AJUSTAR MEDICACION, EN MUCHOS CASOS ESTÁN “SOBREMEDICADOS”
- EVITAR CAMBIOS DE MEDICACION INNECESARIOS O DE NOMBRES COMERCIALES.
- MEDICACION AL ALTA UNIFICADA: PREVIOS + RETIRADOS + NUEVOS (INCLUYENDO TIEMPO DURANTE EL QUE DEBE TOMAR LA MEDICACION).

RECOMENDACIONES PARA REDUCIR LA POLIFARMACIA / REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS

- Intentar “una enfermedad / un medicamento / un día”.
- Conseguir que el paciente traiga todo lo que toma.
- Identificar tratamientos por nombres genéricos.
- Asegurarse de que empiece el tratamiento indicado.
- Conocer todos los posibles efectos adversos del fármaco.
- Suspender cualquier fármaco que no produzca beneficio.
- Suspender fármacos sin indicación clara.
- Intentar sustituir por el fármaco menos tóxico.
- Evitar la prescripción en cascada.



CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN Y SEGURIDAD DEL PACIENTE: CALIDAD DE LOS INFORMES DE ALTA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.

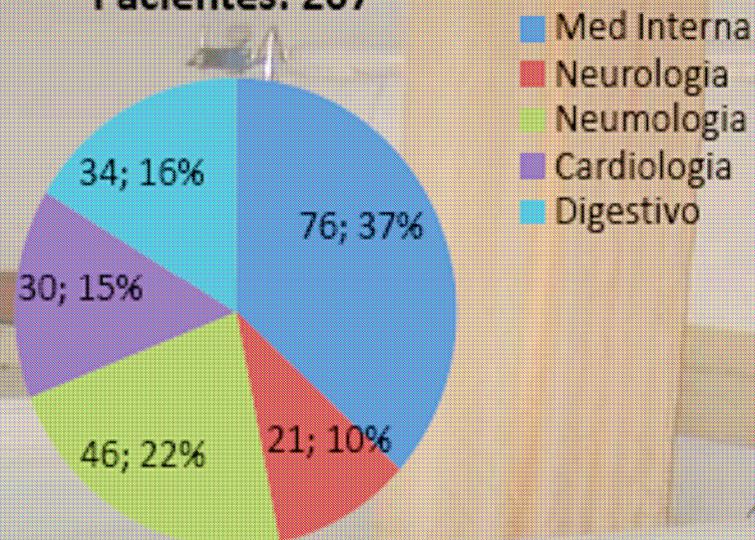
Carrillo Alascio PL, Alonso Verdegay G, Martín Revelles B, Fernández García MS, Moreno E, Funez B, López Sánchez E, González Aranda Y, Montes Ruiz-Cabello M, Laynez Bretones F.
Servicio de Medicina Interna. Hospital La Inmaculada. Huercal Overa (Almería).
Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería.

Introducción: La mitad de los errores de la medicación, una importante causa de morbilidad, se han relacionado con cambios en el nivel de asistencia del paciente o con cambios de médico. La conciliación de la medicación permite conocer la medicación que el paciente tomaba previamente y compararla con la medicación prescrita al ingreso y al alta hospitalaria para garantizar que se prescriban todos los medicamentos necesarios en la dosis y en la pauta correcta.

Objetivos: Conocer la calidad de los informes de alta del Servicio de Medicina Interna, referida a la descripción de medicación al ingreso y al alta.

Material y Métodos: Estudio observacional retrospectivo, se incluyeron de forma sistemática todos los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna, con informe de alta entre el 1 y el 28 de Febrero de 2010.

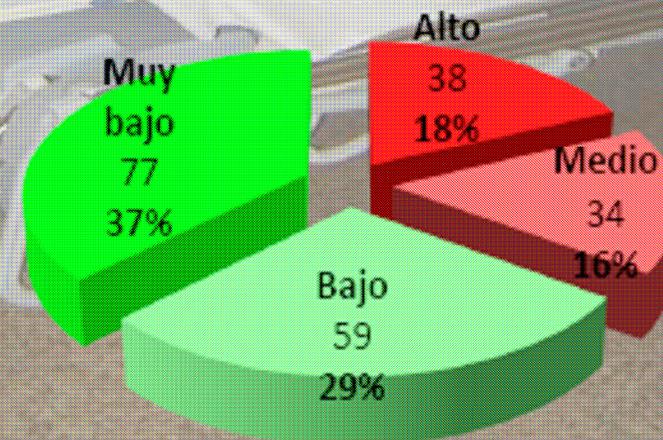
Pacientes: 207



Especialidad	Edad media	Estancia media	Media Dg al ingreso	Listado F previos *	Media PA en antecedentes	Media Dg al alta*	Listados F alta P*	Media PA total al alta*
Med Interna	69.80	12.98	6.59	42 (55.26%)	5.11	5.44	64 (84.21%)	8.09
Neurologia	68.90	11.95	4.85	16 (72.72%)	4.43	5.20	16 (81.81%)	7.40
Neumologia	69.17	7.65	6.06	12 (20.08%)	4.25	4.97	18 (39.13%)	7.10
Cardiologia	68.93	5.26	3.65	19 (63.33%)	5.00	4.30	23 (76.66%)	7.73
Digestivo	63.52	7.82	4.47	22 (64.70%)	3.63	4.09	15 (44.11%)	5.20

CALIDAD EN LA DESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS EN ANTECEDENTES					
		No descrito	Lista PA*	Lista y dosis*	TOTAL
CALIDAD EN LA DESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS AL ALTA	Solo nuevos	8 (3.84%)	10 (4.80%)	1 (0.48%)	19 (9.13%)
	Nuevos y "resto igual"	22 (10.57%)	13 (6.25%)	2 (0.96%)	37 (17.78%)
	N+ "ri" + "suspender"	8 (3.84%)	8 (3.84%)	0	16 (7.69%)
	Nuevos + lista de previos*	14 (6.73%)	7 (3,36 %)	11 (5.28%)	32 (15.38%)
	Exahustivo*	45 (21.63%)	49 (23.55%)	10 (4.80%)	104 (50%)
	TOTAL	97 (46.63%)	87 (41.82%)	24 (11.53%)	208

RIESGO DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL ALTA



CONCLUSIONES

- **VALORACIÓN CLÍNICA, FUNCIONAL Y PSICOSOCIAL**
- **DESDE EL DIA DEL INGRESO DETECTAR NECESIDADES QUE SE VAN A PRESENTAR AL ALTA, ESPECIALMENTE SI AUMENTARA SU GRADO DE DEPENDENCIA.**
- **SI PRECISA, ACTIVAR ENFERMERIA DE ENLACE PRECOZMENTE.**
- **APROVECHAR PARA INICIAR / MEJORAR EDUCACION SANITARIA. RECOMENDACIONES.**
- **DETECTAR RECURSOS NECESARIOS PARA DISMINUIR DEPENDENCIA**
- **PROGRAMAR EL ALTA Y NECESIDAD DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS**
- **ANTICIPAR PRESCRIPCIONES QUE PRECISEN VISADO**
- **FACILITAR ADHERENCIA TERAPÉUTICA (AJUSTAR MEDICACION, EVITAR CAMBIOS DE NOMBRES COMERCIALES INNECESARIOS, FAVORECER CONCILIACION DE LA MEDICACION AL ALTA).**
- **EVITAR ALTAS LOS VIERNES.**

ENFERMERIA DE ENLACE HOSPITALARIA

Garantizar la continuidad de cuidados entre los niveles asistenciales a estos grupos de pacientes y a sus cuidador@s.

- Garantizar la captación de la población diana.
- Potenciar la coordinación de la atención integral del paciente durante la estancia hospitalaria, colaborando con su enfermera responsable:
 - *Completando la valoración del paciente.
 - *Atención al cuidador principal y tolerancia con su situación familiar.
 - *Registro en historia clínica, elaboración y colaboración en los planes de cuidados.

ENFERMERIA DE ENLACE HOSPITALARIA

Garantizar la continuidad de cuidados entre los niveles asistenciales a estos grupos de pacientes y a sus cuidador@s.

- Mejorar la continuidad de cuidados durante la transición al domicilio tras el alta hospitalaria junto al ECE:
 - *Gestión de recursos hospitalarios (material ortoprotésico, visados, citas...)
 - *Planificación anticipada del alta de pacientes con grandes necesidades de cuidados, junto con EF y ECE.
 - *Participación en la elaboración del Informe de continuidad de cuidados en colaboración con la enfermera referente del paciente.

Trabajo en equipo, respeto y valoración del trabajo y necesidades de los demás, disponibilidad y accesibilidad.

- Identificar los problemas de autonomía del paciente en los que será necesaria la participación de la cuidadora.
- Hacer partícipe a la cuidadora en la realización de los cuidados que se le proporcionan en la Unidad por parte de las enfermeras y auxiliares de enfermería
- Valorar los conocimientos de la cuidadora en relación con los cuidados que tendrá que realizar en domicilio.

Asesoramiento

Fomento de la implicación familiar

Apoyo al cuidador principal

Educación sanitaria

Planificación al alta

Continuidad de Cuidados