



A-5

## CUIDADOS AL ALTA HOSPITALARIA O VOLUNTARIA

Fecha de revisión: 19 Abril 2011

Responsables de revisión	Puesto que desempeña
Florez Almonacid Clara Inés	Enfermera Unidad de Investigación e Innovación en cuidados.
Romero Bravo Ángela	Jefa de Bloque Cuidados Críticos y Urgencias e Investigación e Innovación en Cuidados

### 1. OBJETIVOS:

- Enseñar al paciente y familiar los conocimientos y habilidades necesarios para continuar los cuidados en el hogar.
- Garantizar la continuidad de cuidados en el domicilio y la comunicación e interrelación con atención primaria.
- Proporcionar la documentación clínica legal pertinente para su salida del centro hospitalario.

### 2. EVIDENCIA CIENTIFICA Y PRECAUCIONES:

- El alta hospitalaria del paciente es el Conjunto de actividades que se realizan para favorecer la continuidad de cuidados al paciente y familia fuera del medio hospitalario, coordinándolas con otros profesionales sanitarios si fuera necesario.
- Alta Voluntaria es el Conjunto de actividades que se realizan cuando el paciente expresa su deseo de abandonar el hospital o se niega a recibir el tratamiento prescrito, en contra de la opinión médica.
- La información sobre los cuidados en salud al alta hospitalaria del paciente deben comenzar inmediatamente después del ingreso. (Grado A)
- Planificar el alta con antelación reducen la tasa de readmisión y mejora la calidad de vida en comparación con la "atención habitual". (Nivel I)
- Cada vez son más los pacientes que sufren enfermedades crónicas, durante un tiempo más prolongado y con necesidad de un mayor número de pruebas, atención más completa, situaciones que conllevan un incremento de las necesidades de información, tanto para los pacientes como para los familiares. (Grado B)
- El informe de alta del paciente parece tener resultados positivos en la calidad de vida, satisfacción y el estado de salud de los pacientes. (Grado A)
- Los pacientes a quienes se les planifica el alta manifiestan mayor satisfacción en comparación con aquellos que reciben el alta de forma rutinaria. (Nivel I)

## 2. EVIDENCIA CIENTÍFICA Y PRECAUCIONES:

- Los cuidados integrales y el apoyo posterior al alta hospitalaria es probable que reduzca las tasas de readmisión. (Grado A)
- Al alta hospitalaria se debe proporcionar información verbal y escrita al paciente y familiares sobre los cuidados de la salud en el domicilio. (Nivel I)
- La combinación de la información verbal y escrita, sobre el cuidado de la salud, permite el suministro de información estandarizada a los pacientes y sus familiares, lo que al parecer, mejora el conocimiento y la satisfacción. (Nivel I)
- La estancia hospitalaria y los reingresos en el hospital se reducen significativamente en los pacientes a quienes se les planificó el alta hospitalaria. (Nivel I)
- La evidencia sugiere que un plan de alta estructurado y adaptado a cada paciente produce disminución en los días de estancia hospitalaria y los reingresos en las personas mayores. (Nivel I)
- Las futuras investigaciones deben estudiar los efectos de haber proporcionado información verbal y escrita al alta, en relación a : frecuencia de reingresos, tiempo de recuperación, frecuencia de complicaciones, costos de los cuidados de salud, nivel de confianza de los usuarios que la reciben, estrés y ansiedad, cumplimiento del tratamiento recomendado y sobre el entrenamiento del personal sanitario para proporcionar la información verbal y escrita. (Nivel I)
- El seguimiento telefónico después del alta hospitalaria podría ahorrar tiempo y disminuir los problemas de transporte de los pacientes. (Nivel IV)
- El seguimiento por teléfono en pacientes ambulatorios en reumatología mostró que el 90% de los pacientes estaban satisfechos con el servicio. (Nivel IV)
- El seguimiento de pacientes después de la colecistectomía laparoscópica, encontró que los pacientes seguidos por una llamada telefónica estaban significativamente más satisfechos con sus actividades de seguimiento que en la visita domiciliaria. (Nivel III)
- La planificación del alta, con seguimiento después del alta (telefónico, visita domiciliaria) disminuye las readmisiones y mejora la calidad de vida de los pacientes, los costes de la atención sanitaria son inferiores o similares comparado con un alta hospitalaria habitual. (Nivel I)

## 3. EQUIPAMIENTO NECESARIO:

- Informe de Alta de enfermería.
- Impreso para ambulancia (si precisa).
- Medicación (si precisa).
- Medio de traslado adecuado (silla de ruedas, camilla, etc.)
- Impreso de alta voluntaria.

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

1. Informe del alta al paciente, familia.
2. Informe a la trabajadora social y/o enfermera de enlace con suficiente antelación.
3. Evalúe las necesidades del paciente desde el ingreso y antes de la confirmación de la fecha del alta:
  - Donde va ir el paciente
    - A su casa, con parientes o amigos.
    - Otro hospital, residencia.
    - Rehabilitación.
  - El equipo necesario para continuar los cuidados en el domicilio , coordinándolo con la Enfermera Gestora de casos:
    - Para las actividades de la vida diaria.
    - Apósitos para heridas.
    - Dispositivos de ayuda para caminar.
    - Férulas.
    - Oxigenoterapia y/o equipo para nutrición enteral.
  - Evalúe el nivel de conocimientos sobre los cuidados en el domicilio del paciente/familiar:
    - Enseñe, al paciente y familiar como realizar los cuidados y el manejo de los equipos, durante los días de ingreso.
    - Informe de los trámites administrativos a realizar en relación a su tratamiento:
      - Medicación.
      - Nutrición entera.
      - Oxigenoterapia.
      - Atención durante el fin de semana, si el alta es el viernes tarde.
4. El día del alta hospitalaria:
  - Verifique la identidad del paciente. En el caso de situaciones especiales (menores o incapacitados legalmente) verificar la identidad del representante legal para poder proceder al alta.
  - Curse impreso de medio de transporte si precisa.
  - Realice valoración de enfermería sobre la evolución y estado del paciente en el momento del alta. En el caso de alguna complicación avisar al médico responsable:
    - Realice el informe de continuidad de cuidados: incluya brevemente los datos mas significativos de la valoración al ingreso, los diagnósticos de enfermería no resueltos que necesitan supervisión y continuidad de cuidados por parte de los profesionales de Atención Primaria, los autocuidados y/o cuidados de acuerdo al grado de independencia del paciente y el desempeño del cuidador familiar

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO: (continuación)

- Incluya en el informe de continuidad de cuidados:
  - Nivel de movilidad y actividad del el paciente: capacidad del paciente para realizar actividades de la vida diaria, como lavarse, vestirse, comer, ir al baño.
  - Si utiliza alguna ayuda para moverse. Hasta dónde puede caminar. Se puede transferir de la cama a la silla solo o necesita ayuda. Puede subir escaleras. Caídas en el último año.
  - Valoración de los autocuidados: Si puede realizarse la higiene y vestirse solo o que tipo de ayuda necesita. Utiliza el retrete o inodoro, si tiene problemas de incontinencia intestinal o urinaria.
  - Problemas cognitivos o de conducta que tenga el paciente.
  - Cuidador familiar: Tiene familiares o amigos que le ayuden en el hogar.
  - Destino al alta.
  - Si heridas o úlceras: tipo de cura, como se ha realizado y fecha de la última cura.
  - Si sondas: fecha de inserción y tipo de sonda.
  - Educación sanitaria que se le ha realizado, referente a su proceso o de hábitos de vida saludable.
- Entregue el informe de de continuidad de cuidados, explicándole al paciente y familia los cuidados que deberá continuar fuera del hospital: citas, medicamentos, alimentación, equipo y cualquier trato especial. Asegúrese de que comprenden su contenido.
- Re-evalúe que tiene los conocimientos para continuar los cuidados en el domicilio.
- Entréguele el material y la medicación, que precisen durante las primeras 24 horas en su domicilio, si es fin de semana.
- Coordine con otros profesionales si es necesario: Enfermera gestora de casos trabajador social o intérprete.
- Ayúdele a vestirse (si precisa) y a recoger sus pertenencia.
- Si el enfermo va en camilla o silla de ruedas, avise al celador para que transporte al paciente.
- Traslade al paciente hasta el medio de transporte que le llevará a su lugar de destino, despidiéndose de él y de su familia.
- Asegurarse que el paciente ha recogido todas sus pertenencias, entregando a la supervisora de la unidad cualquier objeto personal olvidado.
- Registre la fecha del alta y las condiciones como se va el paciente.
- Verifique que se realice limpieza de la habitación y que esté en condiciones óptimas para recibir un nuevo ingreso.
- Guarde toda la documentación de enfermería en la Historia Clínica del paciente y envíela al servicio de archivo.
- Avise al servicio de Admisión la disponibilidad de la cama.

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO: (continuación)

##### 5. Alta Voluntaria:

- Avise al facultativo correspondiente.
- Compruebe que el paciente o representante legal haya firmado el impreso de alta voluntaria.
- Adjunte una copia a la historia clínica.
- Administre los cuidados que precise hasta su marcha de la Unidad.

#### 5. BIBLIOGRAFÍA:

- Aleman Lage, Rios Massabot, N, And Hernandez Romero, F: *El Doble Propósito Del Informe De Alta En El Hospital "Hermanos Ameijeiras"*. Rev. Cub. Salud Pública [Online]. 2009, Vol.35, n.3. Acceso nov/2010
- Cameron ID, Barras SL. *Discharge planning from hospital to home*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 1. Last assessed as up-to-date: March 26. 2009
- Brad Pidgeon [Hospital Discharge: Written vs Verbal Information](#) JBI Database of Evidence Summaries. 2009
- Brad Pidgeon [Health Care Facility: Patient Discharge](#) JBI Database of Evidence Summaries 2009
- Brunner y Suddarth: *Planificación del alta para los cuidados en el hogar. Enfermería medicoquirúrgica*. Edición novena pp 21-23
- Department of Health: *Discharge patients when they are ready, not when the system is: Greater Manchester case study* cited in press release, 4 April 2006,
- Fagermoen M & Hamilton G: *Patient information at discharge-A study of a combined approach*. Patient Educ Couns. 2006; (63). 169.
- Geoffrey Christopher Cloud: *Consultant physician in geriatric and stroke medicine Planning a patient's discharge from hospital* BMJ 2008;
- Hospital General Gregorio Marañón. *Alta Hospitalaria Del Paciente* Documentación de Enfermería 2009
- Johnson A, Sandford J, Tyndall J. *Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home*. Cochrane Database Syst Rev. 2003; (4).
- Karen Bryan: *Policies for reducing delayed discharge from hospital* Br Med Bull (2010) 95 (1): 33-46. acceso July 19, 2010
- Lees, L., Delpino, R. *Facilitating timely discharge from hospital*. Nursing Time, 2007 vol: 103, issue: 29, page no: 30-31
- Mark Pratt B. Sc. Health Care Studies. [Hospital Discharge: Planning](#) JBI Database of Evidence Summaries. 2009
- Rasika Jayasekara [Post-Discharge: Patient Follow-Up](#) JBI Database of Evidence Summaries. 2009
- Ronald J. Lagoe, Cheryl Noetscher, Anne Vargason; Mark Buttiglieri: *Reducing Hospital Stays for Patients Discharged to Nursing Homes: An Evolving Program*.

## 5. BIBLIOGRAFIA: (continuación)

Advanced Practice Nursing e Journal. 2008;8(2)

- Shepperd S, McClaran J, Phillips CO, Lannin NA, Clemson LM, McCluskey A, McClosky Dochterman J., Bulechek. M, Gloria: *Planificación al alta. Clasificación de las intervenciones de enfermería*. Cuarta edición pp 654
- Srinivasa Vittal Katikireddi, Geoffrey Christopher Cloud: *Planning a patient's discharge from hospital* BMJ. 2009. Volume 338
- The Joanna Briggs Institute: [Patient: Discharge](#) JBI Database of Recommended Practice. 2009
- Wai Kan Chiu, Robert Newcomer: *A Systematic Review of Nurse-Assisted Case Management to Improve Hospital Discharge Transition Outcomes for the Elderly*. Professional Case Management .2007. Volume 12 Number 6 Pages 330 - 336