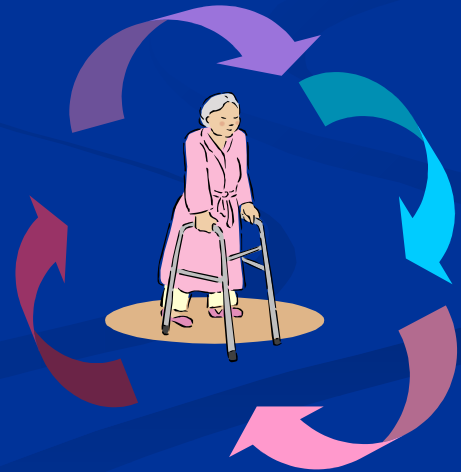


COORDINACIÓN MULTIDISCIPLINAR Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL: FRACTURA DE CADERA

M^a Ángeles Martín



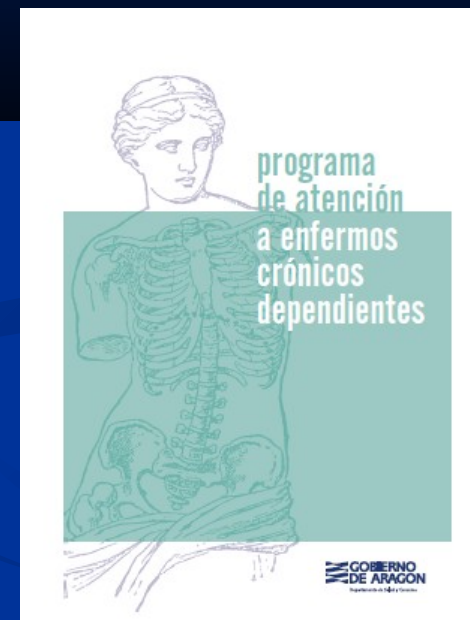
PROGRAMA DE ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS DEPENDIENTES

☀ En el año 2006 se puso en marcha el **Programa de atención a enfermos crónicos dependientes** en la Comunidad Autónoma de Aragón.

☀ Creación de las figuras de:

☀ **Enfermera de Enlace de Sector** de Atención Primaria y

☀ **Enfermera de Valoración y Gestión de casos** en el Hospital Lozano Blesa de Zaragoza.



Justificación del proyecto

- ☀ El paciente en el momento del alta, **no siempre tiene la autonomía que tenía antes del ingreso, o requiere unos cuidados que pueden resultarle difíciles de realizar en domicilio.**
- ☀ Hay casos complejos que requieren una planificación del alta.
- ☀ Mientras el enfermo y sus cuidadores permanecen en el hospital **se sienten arropados** por la constante presencia de personal sanitario.
- ☀ Asegurar la continuidad de cuidados.



Objetivos:

✿ Orientados hacia el paciente:

- ✿ Planificar el alta del paciente, con una metodología de trabajo interdisciplinar.

- ✿ Apoyar a los cuidadores.

- ✿ Proporcionar el destino más adecuado.

- ✿ Garantizar la continuidad de cuidados entre niveles asistenciales.



✿ Orientados hacia el sistema:

- ✿ Promover la calidad y la eficiencia.

- ✿ Racionalizar el tiempo de estancia en el hospital de agudos.

1. Captación de la población diana:

- ☀ Detección activa o cribado de los ingresos diarios.
- ☀ Captación por derivación de profesionales del hospital.
- ☀ Captación por derivación de la Enfermera de Enlace de Sector.

La detección activa o cribado



Método sistemático para identificar personas:

- ✱ **Con alto riesgo de fracaso de alta.**
- ✱ **Que el alta no se produzca en las mejores condiciones para el paciente.**

Sistemas de información del hospital:

- ✱ **La Intranet para identificar los ingresos.**
- ✱ **Los informes médicos de Urgencias.**
- ✱ **El programa gestor de cuidados de enfermería.**

2. Atención al paciente Hospitalizado y Cuidador. Coordinación de la atención en el sector (AP/Hospital de Convalecencia)

PRIMERA CONSULTA.

- ☀ Valoración integral del paciente.**
- ☀ Identificación del cuidador principal y valoración integral del mismo.**
- ☀ Información personalizada al enfermo y a su cuidador.**

Valoración integral del paciente

Método para recoger información detallada sobre:

- ☀ **Aspectos clínicos: Patología previa, malnutrición...**
- ☀ **La valoración de la movilidad y las actividades de la vida diaria: Utiliza Escala de Barthel.**
- ☀ **Valoración cognitiva: Pfeiffer.**
- ☀ **Valoración afectiva: Identificar posibles trastornos del estado de ánimo.**
- ☀ **Detección de factores de riesgo.**



Valoración del cuidador



☀ **Averiguar la existencia de una persona de referencia que sea o pueda ser un cuidador capacitado.**

☀ **Valoración integral del mismo: Edad, estado físico y afectivo. Experiencia cuidadora previa.**

Factores de riesgo:

DE CARÁCTER PERSONAL:

- ☀ **Dependencia funcional previa para ABVD.**
- ☀ **Patología crónica con ingresos frecuentes.**
- ☀ **Úlceras por presión.**

DE CARÁCTER SOCIOFAMILIAR:

- ☀ **Pacientes cuyo cuidador principal no pueda prestarles los cuidados que precisan por razón de edad, patología, etc.**
- ☀ **Pacientes que vivan solos y cuenten con poco apoyo social.**

DE CONTEXTO:

- ☀ **Insuficiencia o carencia de recursos.**
- ☀ **Falta de vivienda o condiciones deficientes de ésta (barreras arquitectónicas,...).**

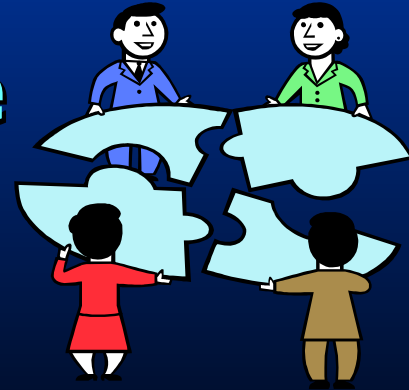
Planificar la atención y seguimiento

CONSULTAS SUCESIVAS:

- ☀ **Ofertar disponibilidad: adaptar el horario, atención telefónica.**
- ☀ **Identificación de diagnósticos enfermeros del cuidador.**
- ☀ **Educación sanitaria: adm. de medicamentos prescritos, prevención UPP, actividad / ejercicio prescrito, prevención de caídas, asesoramiento sobre ayudas técnicas.**
- ☀ **Apoyo al cuidador principal. Apoyo en la toma de decisiones. Resolución de dudas.**



Planificación del alta: enfoque multidisciplinar



De cada paciente se analiza:

- ☀ Situación clínica de la fractura: pendiente de operar, operada.
- ☀ Se hace un pronóstico de actividad funcional del aparato locomotor al alta.
- ☀ Situación clínica del paciente: Estado general, comorbilidades y evolución. Se hace un pronóstico de situación médica general.
- ☀ Situación social del paciente y su entorno haciendo un pronóstico de necesidades al alta: cuidados en casa, en residencia o en centro de media estancia.

c) CONSULTA DÍA DEL ALTA.

Altas a domicilio



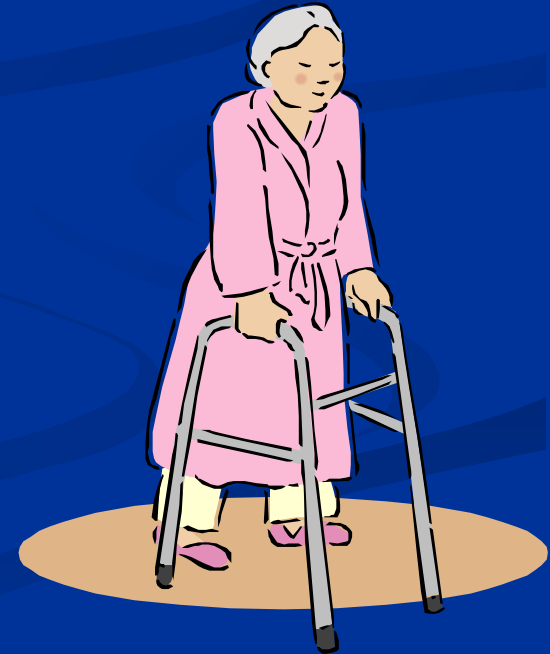
Coordinación con Atención Primaria a través de E. Enlace de sector. Prevenir la posibilidad de un nuevo reingreso.

Facilitar la continuidad asistencial.

- ☀ Valoración de la situación del paciente.
- ☀ Aclarar dudas. Acompañar a la persona en esta fase de transición.
- ☀ Facilitar material: Pañales...

Pacientes ingresados con fractura de cadera:

Traslados a hospitales de convalecencia.



Criterios de derivación:

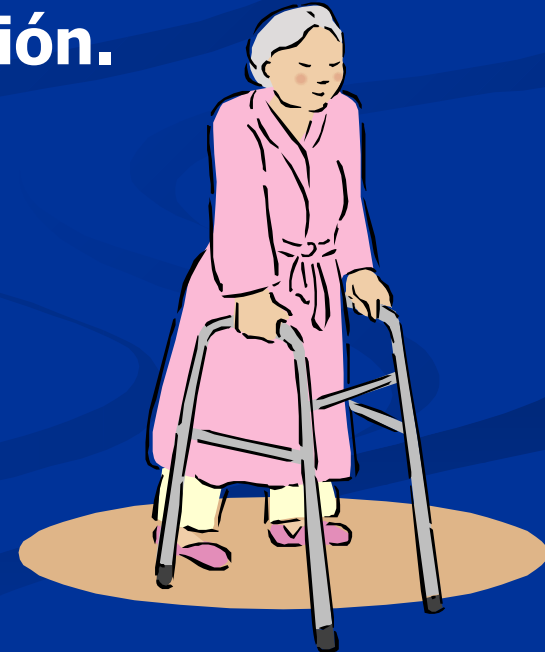
☀ Cumple criterios:

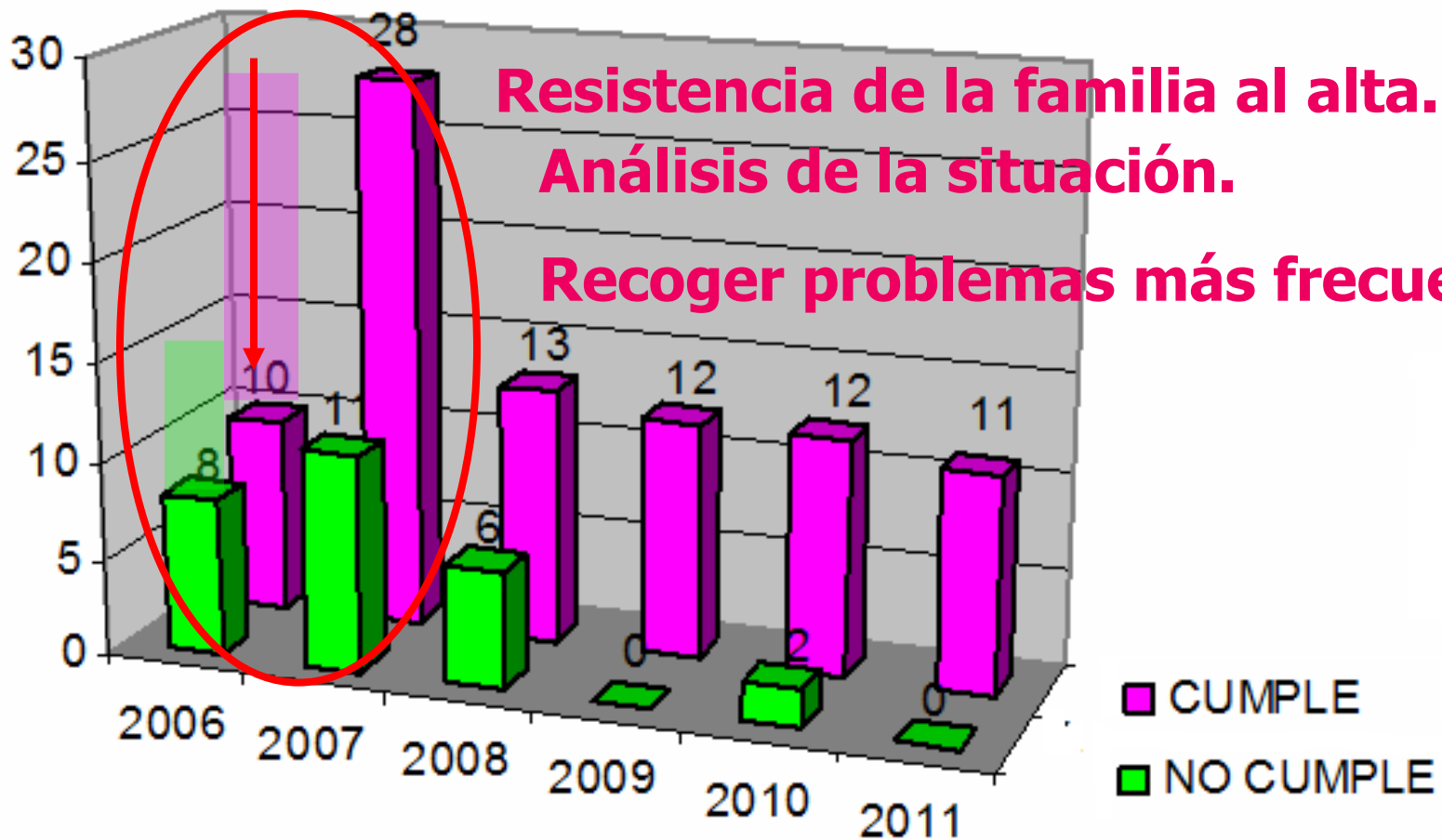
- ☀ Puede iniciar una rehabilitación.

- ☀ Precisa tratamiento médico o curas complejas que precisen hospitalización.

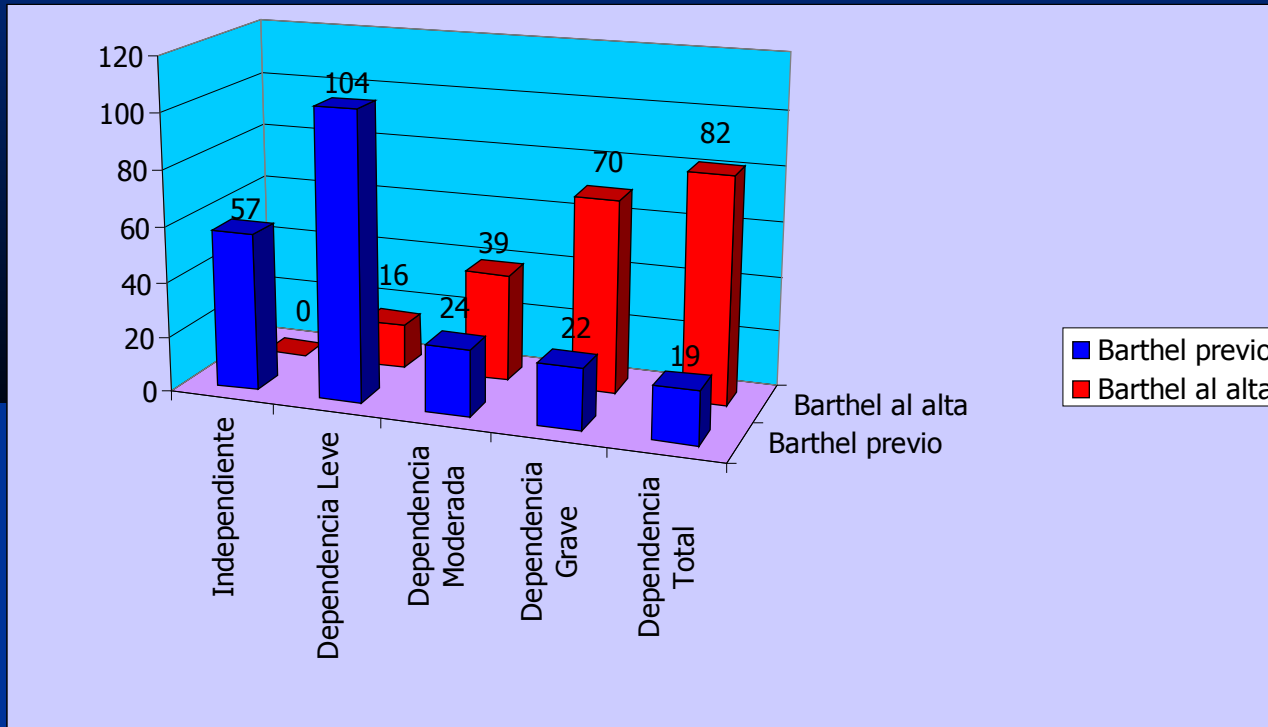
- ☀ Paciente terminal que precisa cuidados paliativos.

☀ No cumple criterios: Descarga sin complicación.





Análisis de la situación

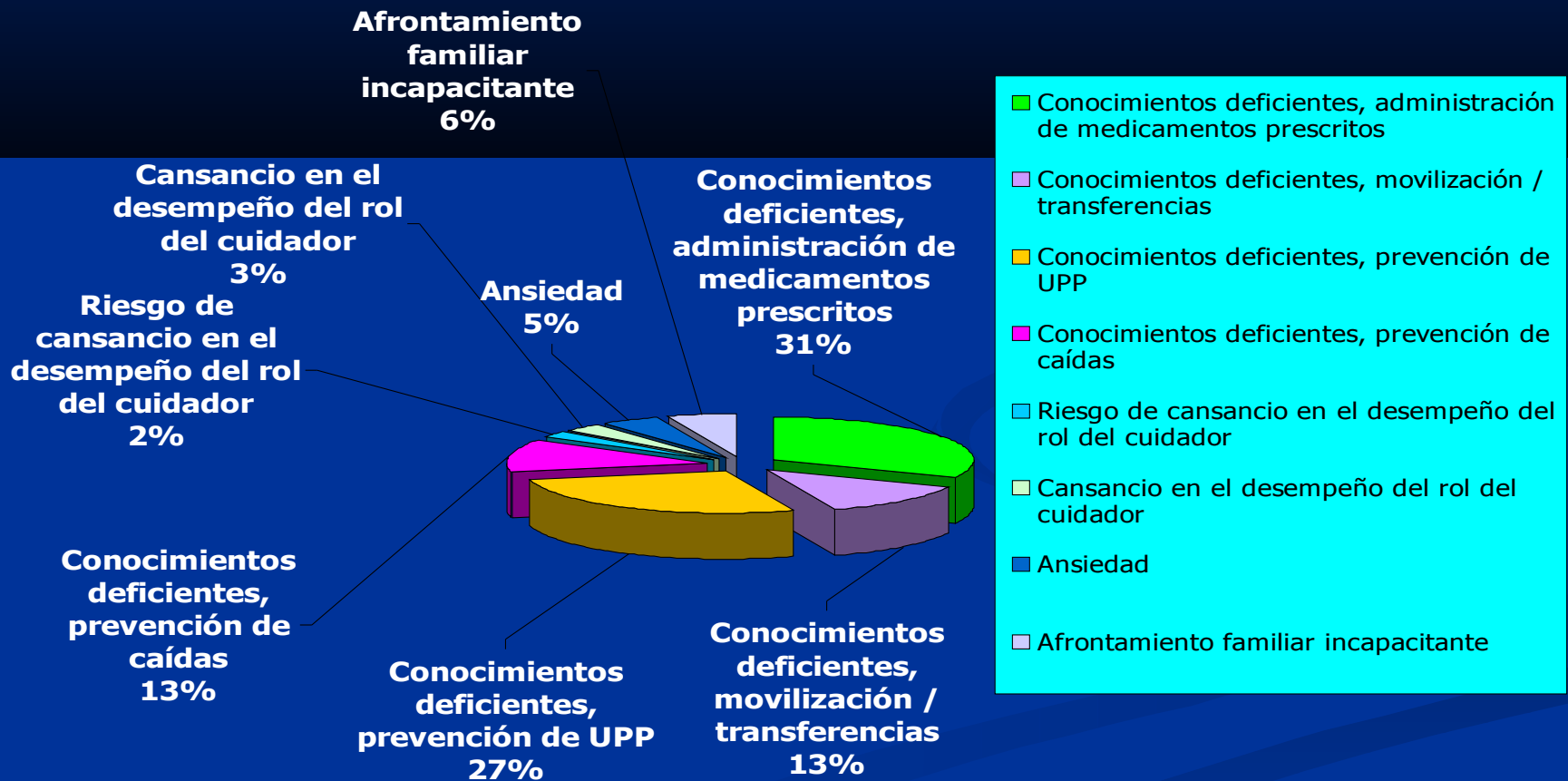


**El 70%: al alta una dependencia entre total y grave.
Diagnósticos enfermeros identificados en los pacientes:**

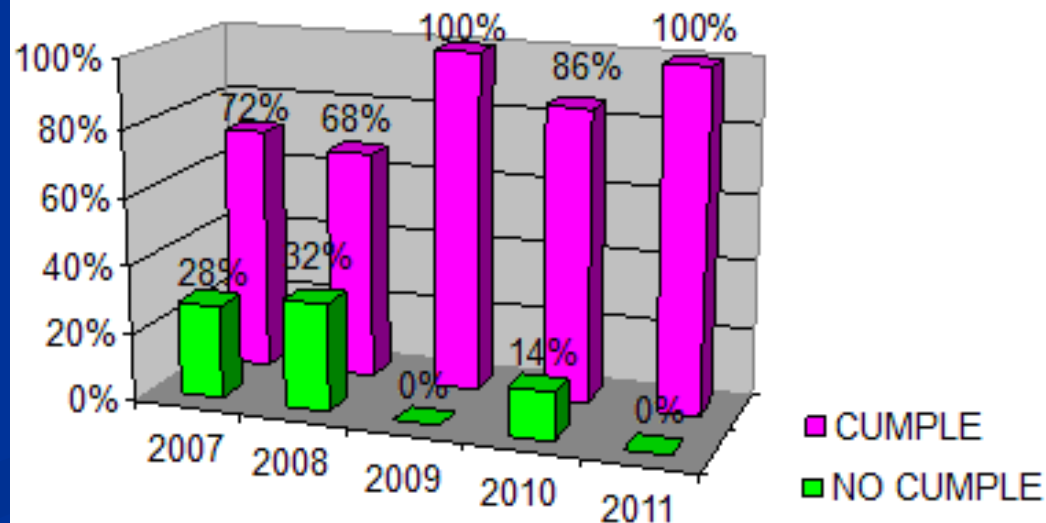
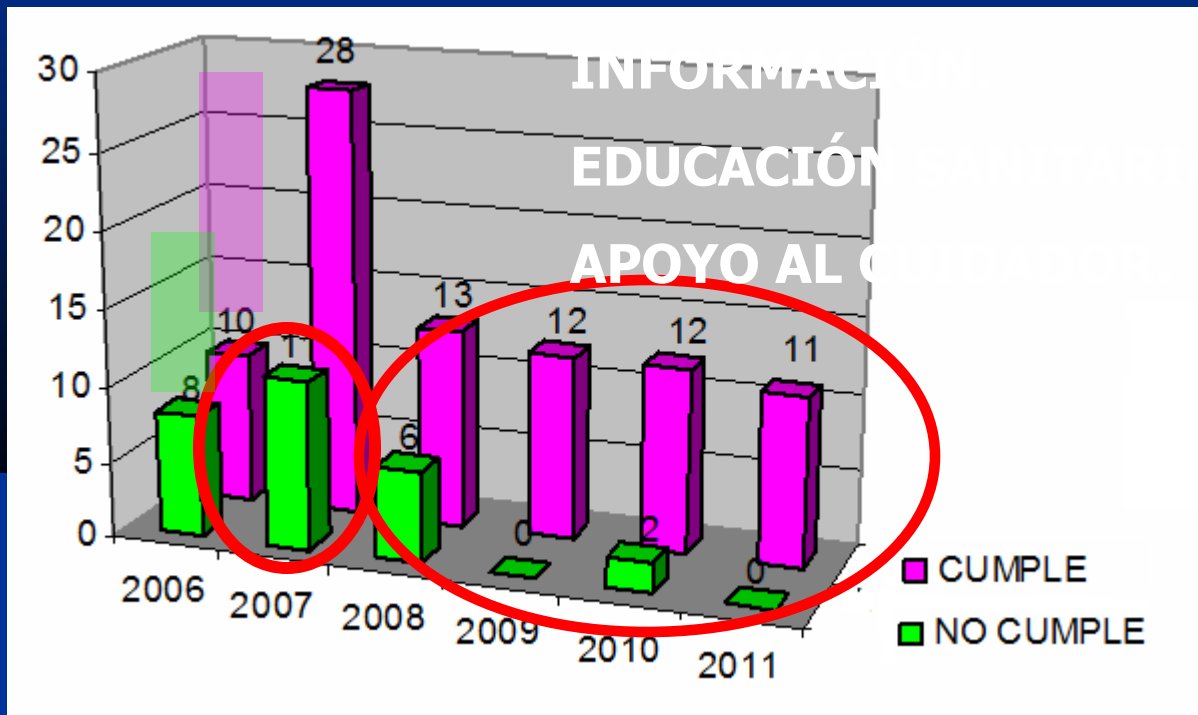
- ✿ Deterioro de la movilidad física.
- ✿ Déficit de autocuidado, vestido / acicalamiento.
- ✿ Déficit de autocuidados baño/higiene.
- ✿ Riesgo de caídas.
- ✿ Riesgo de alteración de la integridad de la piel.

Análisis de la situación

Diagnósticos enfermeros identificados en los cuidadores:



UNIFICAR CRITERIOS/TRABAJO EN EQUIPO



Intervenciones:

- ☀ **Educación sanitaria al paciente y a los cuidadores:**
 - ☀ **Individualizada.**
 - ☀ **Talleres para cuidadores.**
- ☀ **Asesoramiento sobre ayudas técnicas.**
- ☀ **Cuando el paciente no puede ser dado de alta a su domicilio consensuar con el equipo la ubicación más adecuada (residencia, centro de convalecencia).**

☀ Desde la intervención quirúrgica hasta el alta calculamos 8 días.

☀ Desde que podría ser dado de alta hasta que se traslada al hospital de convalecencia: **Días evitables.**

☀ 91 días al año x 402.91 euros cama/día = **36664.81**

☀ + La disminución del nº de pacientes totales derivados.



DIAS EVITABLES



PRÁCTICA:

- 1. Señalad qué población consideraréis que debería ser detectada en el hospital para incluirla en el PAECD.**
- 2. Identificad la información que consideraréis necesaria para una continuidad asistencial adecuada.**

Población diana



POBLACIÓN DIANA

Anciano frágil en Medicina Interna:

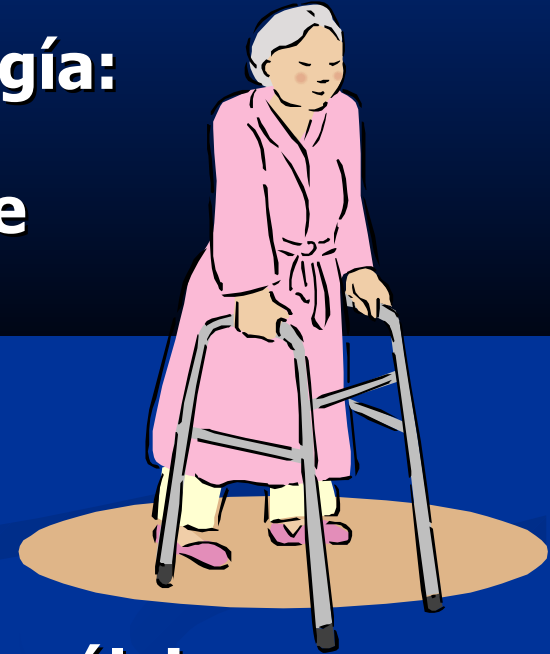
- ✿ **Pluripatológico.**
- ✿ **Sospecha de incumplimiento terapéutico.**
- ✿ **Antecedentes de ingreso en los últimos meses.**
- ✿ **Cuidados complejos (Deterioro de la integridad cutánea).**
- ✿ **Aparataje.**
- ✿ **Precisen rehabilitación tras descompensación de sus enfermedades crónicas.**
- ✿ **Sospecha de claudicación del cuidador, cuidador inadecuado o de dificultades para hacerse cargo del paciente al alta.**



POBLACIÓN DIANA

Programa específico para Traumatología:

- ☀ Pacientes ingresados con fractura de cadera mayores de 75 años.**
- ☀ Menores de esta edad con patología previa al riesgo (demencia, ICTUS con secuelas, proceso oncológico, etc).**
- ☀ Anciano frágil con fractura en EEII o pélvica.**
- ☀ Sospecha de claudicación del cuidador, cuidador inadecuado o sospecha de dificultades para hacerse cargo del paciente al alta.**



POBLACIÓN DIANA

Programa específico para Neurología:

- ✱ **ICTUS que precisen un período de convalecencia-rehabilita**
- ✱ **Otro proceso neurológico que conlleve dependencia (ELA avanzada, etc).**
- ✱ **Sospecha de claudicación del cuidador, cuidador inadecuado o dificultades para hacerse cargo del paciente al alta.**



Otros pacientes con enfermedad crónica avanzada.

MUCHAS GRACIAS