PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS

02/06/2008

Hospital San Juan de Dios Aljarafe. Distrito Aljarafe

Documento de trabajo sobre el plan de atención a pacientes con pluripatología, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, frágiles y reingresadores.

Redacción del Documento: Dr. Fernández Moyano, Dr. Vallejo Maroto.

Hospital San Juan de Dios del Aljarafe
Consorcio Sanitario Público del Aljarafe
Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD
DISTRITO SANITARIO ALJARAFE

Programa para la atención de pacientes con patologías crónicas

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE. DISTRITO ALJARAFE

INTRODUCCIÓN

Gran parte de los enfermos a los que tratamos sufren más de una enfermedad y a su vez cada una afecta a más de un órgano. Diferentes estudios han puesto de manifiesto esta realidad tanto en Atención Primaria como en el Ámbito Hospitalario. En un Hospital Universitario se estima en cinco la media de problemas médicos de un paciente y solo el 15% tienen un problema médico definido. Estudios de comorbilidad en ingresos hospitalarios en población de mayores de 65 años se ha observado un promedio de 6,4 enfermedades crónicas. Los estudios de salud realizados en nuestro medio comprueban que entre el 72 y el 96% de los ancianos presentan trastornos crónicos y que el número medio de enfermedades crónicas declaradas por los ancianos oscila entre 1,2 y 4,2. La prevalencia de pacientes pluripatológicos llega a situarse entre el 21 y 72% de los pacientes atendidos en los Servicios de Medicina Interna y con una edad media en torno a los 70 años. En Atención Primaria constituyen aproximadamente el 5 % de la población usuaria de los Centros de Salud, pero con un consumo de recursos (frecuentación, visitas domiciliarias, pruebas complementarias y farmacia) que llega a cuadruplicar el promedio por paciente y un grado de complejidad clínica que requiere múltiples contactos con el medio hospitalario (*Proceso Pluripatológico. Consejería de Salud Junta de Andalucía.)*

El reingreso hospitalario (RH) se ha estudiado como un índice de calidad asistencial, aunque se ha señalado que no debe ser considerado como un resultado final (1.) Una alta tasa de RH en determinadas patologías podría identificar problemas en la asistencia que se presta. Los datos disponibles sobre las tasas de RH son muy variables, existiendo diferencias en las series presentadas en cuanto a la patología causante, la consideración de reingreso temprano, la terminología empleada y datos contradictorios sobre su utilidad como índice de calidad asistencial (2,3.) A pesar de todos estos obstáculos, el conocimiento del reingreso en un área determinada de trabajo, cobra especialmente valor como evento centinela en el grado de control de las patologías crónicas, siendo un potente indicador asistencial.

Los estudios realizados sobre la valoración del RH lo han hecho por varios motivos, a saber:

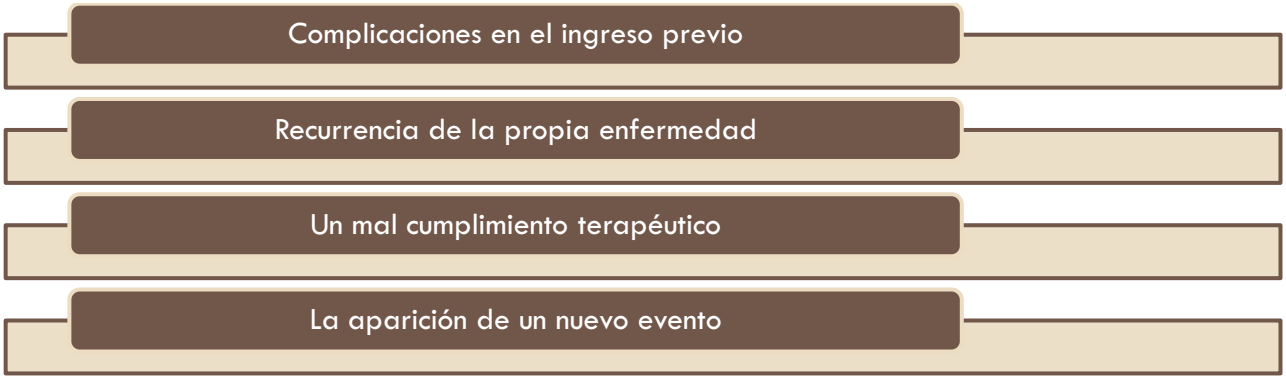
- Identificar un subgrupo de pacientes con características especiales de fragilidad.
- Conocer la enfermedad y la historia natural de la misma.
- Obtener un teórico beneficio sobre el control de la enfermedad crónica y una mejoría en la salud del paciente, y por ende, en la calidad de la asistencia.

- Planificar cuidados específicos.
- Ha sido percibido de forma positiva por parte de los propios pacientes y sus cuidadores.
- Ha producido un teórico beneficio económico.
- Y, por último, ha permitido desarrollar programas de investigación médica y estudios epidemiológicos específicos (4.)

CONCEPTO DE REINGRESO

La variabilidad de las características de los estudios disponibles en la bibliografía médica tiene en parte su base en la inexistencia de una definición unificada del RH. Atendiendo simplemente al plazo temporal entre el alta del episodio índice y el reingreso, siempre por el mismo diagnóstico, hay trabajos que establecen éste en el 3er, 7, 14, 30 día, 2,3,6 o incluso 12 meses. El contrato programa del Servicio Andaluz de Salud establece como definición "tres o más ingresos urgentes por el mismo diagnóstico, en un año, siempre referidos a 30 días tras el alta hospitalaria." (4.) Por otra parte, el Proceso Asistencial Atención al Paciente Pluripatológico establece como definición más de dos ingresos al año como consecuencia de su patología basal (5.)

Varias causas han justificado su influencia en la tasa de reingresos (6):



Otros muchos factores se han estudiado en relación con la tasa de reingreso, unos dependientes del paciente y entorno social (edad, funcionalidad, nivel económico, calidad de salud autopercibida, educación del paciente y los cuidadores); otros son dependientes del tipo de enfermedad.

La tasa de reingreso es más baja en procesos que requieren tratamiento quirúrgico; es variable según la gravedad clínica y el grado de seguimiento; y superior en ancianos, especialmente en aquellos que son por definición frágiles (5.)

Según diferentes trabajos publicados en la literatura médica, el efecto de la estancia media en ingresos previos, o no tiene influencia (7), o a mayor estancia mayor índice de reingreso (6.) Algunos autores opinan que la tasa de reingreso no debe utilizarse como índice de calidad debido a que precisamente depende en gran parte de factores no modificables inherentes con la propia enfermedad (8.) Lo cierto es que como un evento epidemiológico se ha comenzado a estudiar más la prevención del RH; y así, se ha cifrado que un 37% de los RH son dependientes de factores del

hospital, un 38% dependientes de factores clínicos y un 21% dependientes del enfermo, y en estos casos, el reingreso podría ser evitado (1.)

Las **MEDIDAS** que han demostrado un valor para evitar el RH son (1):

- la planificación del alta hospitalaria,
- el seguimiento tras dicha alta,
- la educación del paciente,
- el control de la yatrogenia durante el ingreso previo y,
- el cumplimiento terapéutico.

Por otra parte, la accesibilidad y rapidez a la consulta externa puede influenciar la reducción de ingresos (9), aunque algunos estudios la accesibilidad a atención primaria tuvo un efecto adverso en la tasa de reingresos.

Se ha indicado que la **fragmentación** de la asistencia, la cultura de la alta **especialización** y la **ausencia** de **coordinación** entre niveles asistenciales son algunas de las causas de reingreso en nuestro país, siendo la patología crónica la responsable y específicamente con mayor frecuencia la patología pulmonar obstructiva crónica y la insuficiencia cardiaca (10.)

¿CUÁL ES NUESTRA SITUACIÓN?

En nuestro Hospital y Distrito Sanitario nos encontramos sensibles a esta realidad asistencial y hemos querido analizarla con un doble objetivo:

Conocer el perfil de nuestros pacientes pluripatológicos y reingresadores	Establecer una línea estratégica de atención específica en esta población
• Análisis de la situación • Aproximación a la realidad asistencial	• Adecuar la asistencia • Optimizar recursos • Mejorar resultados en salud

Este proyecto tiene su puesta en marcha en el año 2006 con el análisis retrospectivo de la población hospitalaria atendida en el Servicio de Medicina durante los años 2004-2005 que ingresó en un número igual o superior a dos ocasiones por la misma patología. Adoptamos esta definición aportada por el Proceso Pluripatológico de la Consejería de Salud con el objetivo de tener inicialmente una aproximación lo más amplia posible de nuestra realidad asistencial. No se incluyó a pacientes con patología no médica y a ingresos "programados" (pacientes en fase de diagnóstico, procesos terapéuticos; traslados de otros centros hospitalarios e ingresos "reglados.")

Analizamos las siguientes variables: edad del paciente; procedencia (zona básica de referencia); número de episodios de hospitalización en planta (en el servicio de Medicina u otros); modo de vida (solo/familia/residencia); tiempo hasta el reingreso; análisis del informe de alta: presencia de un plan de cuidados y recogida de un cuidador principal, enfermera de enlace; patología principal que condiciona el ingreso; causa del reingreso; exitus del paciente en los dos años valorados y duración de la estancia hospitalaria.

RESULTADOS

Durante los años 2004-2005 reingresaron en el Servicio de Medicina de nuestro Hospital 476 pacientes. De ellos, 124 pacientes lo hicieron en un período inferior a los 30 días tras su alta hospitalaria.

La edad de los pacientes que reingresaron en nuestro centro durante el período analizado fue de 69,4 años (DE: 17,6.)

El número de ingresos que generó cada paciente fue de 4,56 (DE:2,8) siendo la media de días hasta el reingreso de 12,88 (DE:8,36.) La estancia media del primer episodio de hospitalización en planta fue de 8.08 (DE: 6,7.) La del segundo episodio fue de 8,75 (DE: 5,7.) Tabla 1.

Tabla 1. Características de los pacientes.

Edad (años)	69,4 (DE:17,6)
Número total de ingresos	4,56 (DE:2,8)
Tiempo hasta el reingreso (días)	12,88 (DE:8,36)
Estancia media (primer ingreso) (días)	8,08 (DE:6,7)
Estancia media (segundo ingreso) (días)	8,75 (DE:5,7)

La distribución por zonas básicas queda reflejada en la figura 1(calculada por TAE.)

Nuestros pacientes viven en un núcleo familiar (91%) siendo en un 6% de los casos, la procedencia de desde una residencia. Un 3% de nuestros reingresos viven solos.

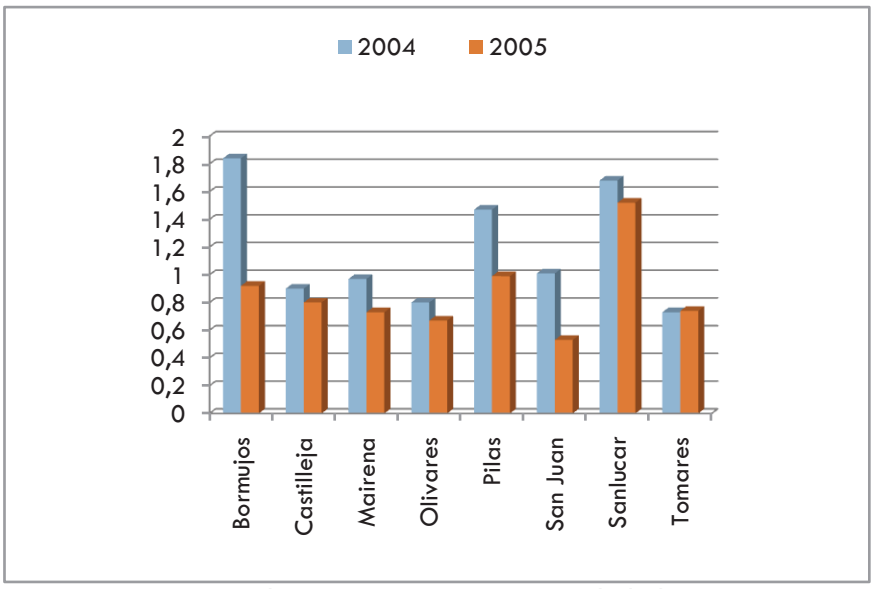
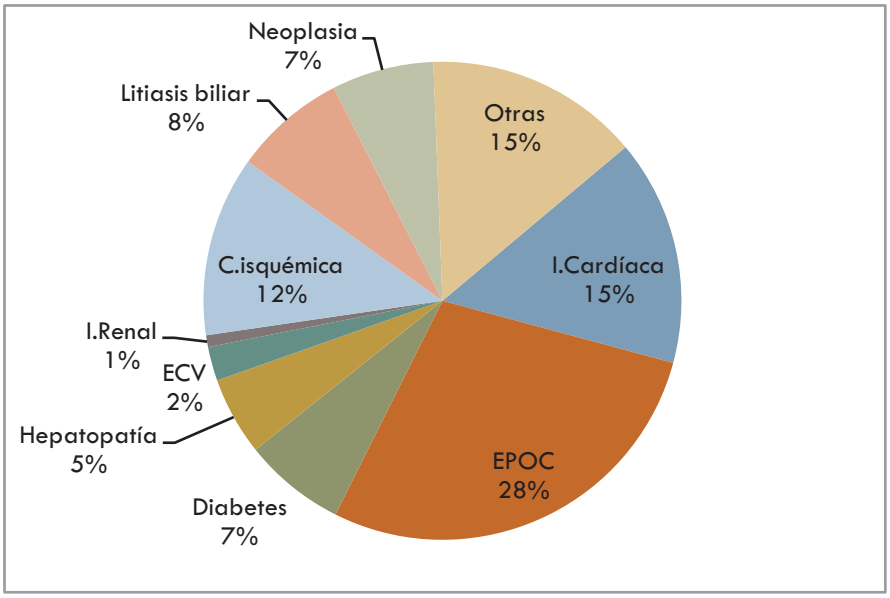


Figura 1. Distribución por Zonas Básicas (calculada por TAE.)

Hasta un 30% del RH son pacientes pluripatológicos según la definición del Proceso Asistencial.

Cuando analizamos el informe de alta hospitalaria quedaba recogido un plan de cuidados específicos en el 7% de los casos. En aquellos pacientes con edad superior a los 70 años, se identificaba la figura del cuidador principal en un 23% de los casos. No se recogió el nombre de la enfermera de enlace en ninguno de los casos.

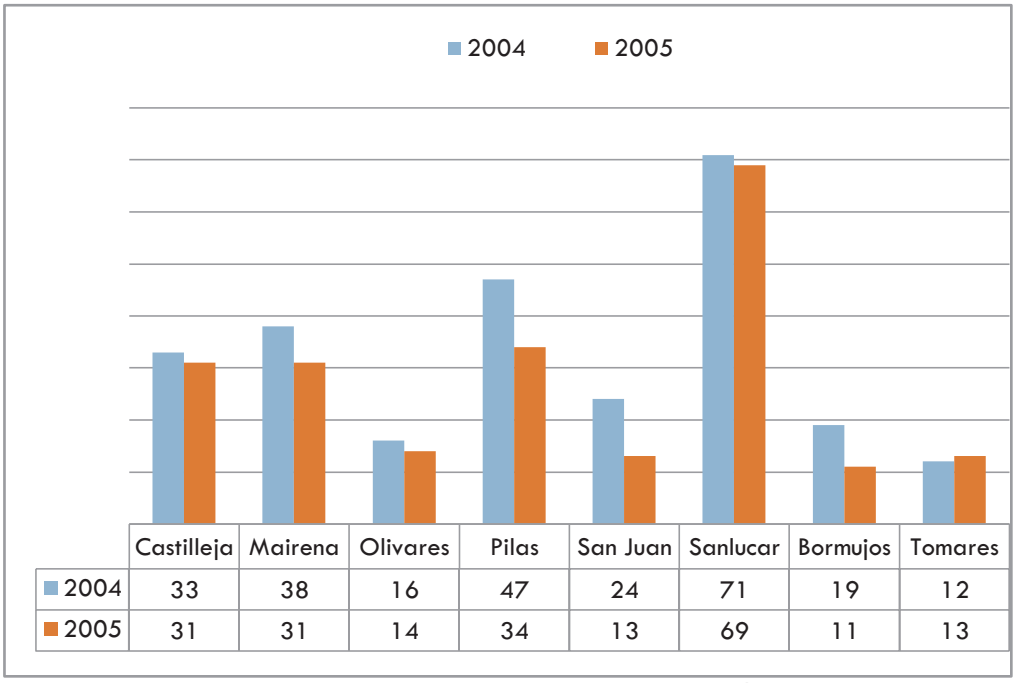
Las patologías que condicionaron el RH con más frecuencia fueron la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (28%) y la insuficiencia cardíaca (15%.) El porcentaje de otras patologías queda recogido en la siguiente figura. *(EVC: enfermedad cerebro vascular.)*



En el grupo de pacientes con insuficiencia cardiaca un 70 % fueron pluripatológicos. En el grupo EPOC lo fueron un 32%.

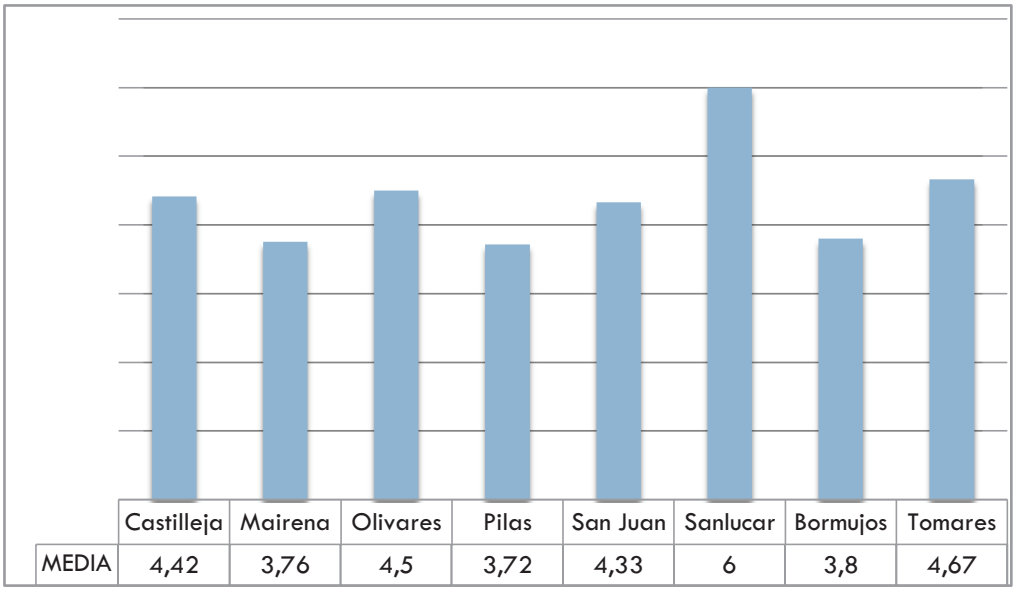
En relación con las causas del RH en un 76% estuvieron relacionadas con la propia evolución de la enfermedad. Durante el periodo de estudio un 35% de los pacientes fallecieron. La mortalidad en el grupo insuficiencia cardiaca fue superior al grupo EPOC (60% vs. 32%.)

En la figura 3 se analizan los pacientes por zona básica y por año, quedando la media de ingresos generados por zona básica (calculo sin TAEs) reflejada en la figura 4.



	Castilleja	Mairena	Olivares	Pilas	San Juan	Sanlucar	Bormujos	Tomares
2004	33	38	16	47	24	71	19	12
2005	31	31	14	34	13	69	11	13

Figura 3. Pacientes por año y por Zona básica.



	Castilleja	Mairena	Olivares	Pilas	San Juan	Sanlucar	Bormujos	Tomares
MEDIA	4,42	3,76	4,5	3,72	4,33	6	3,8	4,67

Figura 4. Media de Ingresos Hospitalarios por Zonas Básicas (no calculado por TAEs.)

CONSECUENCIAS

Este análisis de la situación permitió definir en nuestro Centro Hospitalario las causas potenciales del RH así como las patologías más prevalentes que lo condicionaban y sirvió de base para el diseño de un plan específico de actuación así como el estudio paralelo de las dos entidades que más frecuentemente atendemos en dicho sentido: la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la Insuficiencia Cardiaca (IC.)

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA.

La EPOC es una causa mayor de morbilidad, tanto en Atención Primaria, como en Especializada. El consumo de recursos sanitarios de estos pacientes puede doblar al de la población general de su edad y género, siendo los ingresos hospitalarios el componente fundamental de dichos costes.

La EPOC es una de las patologías que más reingresos causa en nuestros hospitales, con una tasa del 12,7% en 30 días según la bibliografía disponible. En nuestro centro identificamos que constituye la patología que condiciona con mayor frecuencia esta situación (28%.) La mortalidad de los pacientes EPOC que reingresan también es superior (en torno al 33 a los 6 meses según series, y en nuestro centro un 32% a los dos años.)

Existen variables predictivas del reingreso en la exacerbación aguda de la EPOC: calidad de la asistencia intra-hospitalaria, calidad de vida del paciente o severidad clínica del ingreso. Las referencias en la literatura en castellano sobre el estudio del reingreso en pacientes EPOC son escasas. En los estudios practicados el riesgo del reingreso hospitalario en un mes del alta en la EPOC se explicaría fundamentalmente por las características clínicas de los pacientes, en tanto que la calidad de los cuidados intra-hospitalarios resulta predictiva del riesgo del reingreso en la primera semana después del alta.

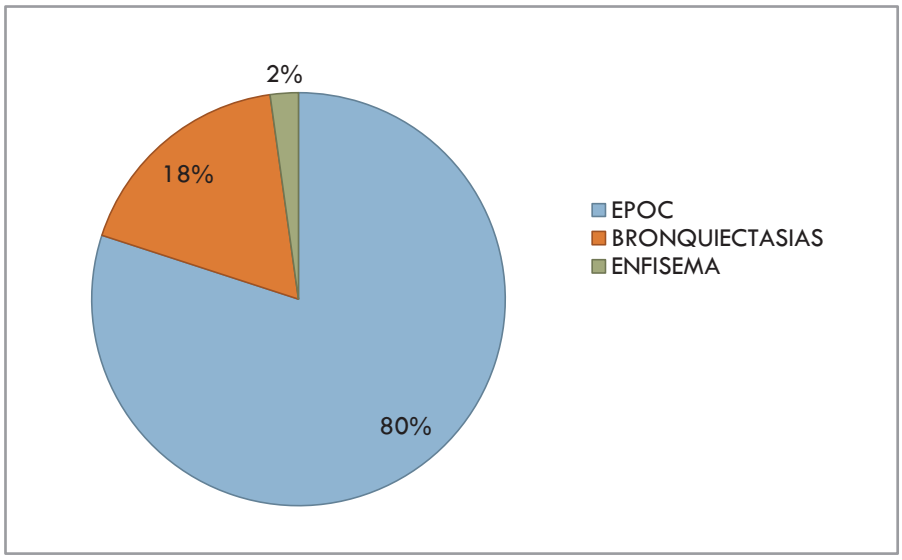
En la misma línea que el estudio del reingreso hospitalario, realizamos un análisis de las características de los pacientes EPOC que atendemos en planta de hospitalización mediante otro estudio retrospectivo sobre un grupo de 45 pacientes ingresados desde Enero de 2005 a Junio de 2005 (GFH Medicina Interna, diagnóstico principal EPOC o relacionados: Bronquitis crónica obstructiva con agudización; Asma obstructiva crónica con exacerbación aguda; Bronquiectasias con exacerbación aguda; Enfisema.)

En estos pacientes se analizaron las siguientes variables: Edad; sexo; estancia media; zona básica de procedencia; diagnóstico principal; causa del ingreso; Apache II al ingreso; severidad (según patrón espirométrico en consultas); oxigenoterapia domiciliaria y uso adecuado de la misma; VMNI *(Ventilación mecánica no invasiva)* domiciliaria y uso adecuado de la misma; grado de disnea basal; número de hospitalizaciones y consultas de urgencias; tabaquismo activo; dependencia a corticoides; inclusión de planes de cuidados y cuidador principal en el informe de alta hospitalaria; mortalidad; hiperreactividad bronquial; broncodilatadores (tipo y dosis); corticoides (orales, inhalados, tipo y dosis); y uso adecuado de la medicación inhalada.

RESULTADOS

La edad media de nuestros pacientes fue de 76,8 (DE: 8,1), mayoritariamente varones (86,7%.) La estancia media fue de 7.2 días (DE: 3,32.)

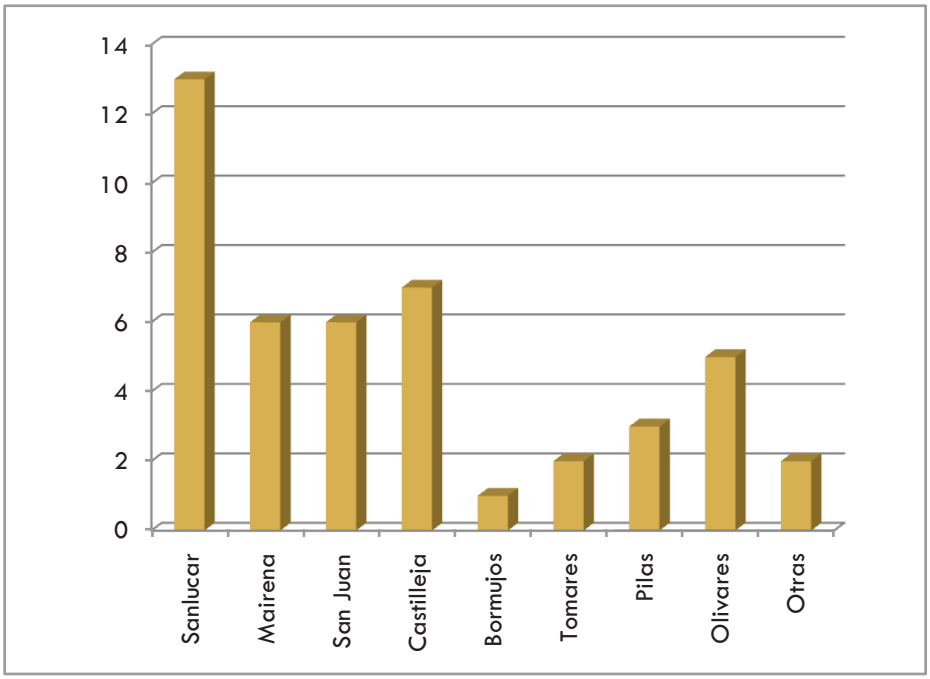
El diagnóstico principal del paciente queda reflejado en la siguiente figura:



El tabaquismo activo estuvo presente en un 15,6 % de nuestros pacientes. Fueron EPOC graves hasta en un 76,3% de los casos (18,4 moderados; 5,3 leves.) Tenían hiperreactividad bronquial un 9.1% de los casos. La mayor parte de nuestros pacientes presentaron una disnea clase 4.

Mayoritariamente (57,8%) utilizaban oxígeno en su domicilio y esto se complementaba en un 11,1% de los casos con necesidad de VMNI.

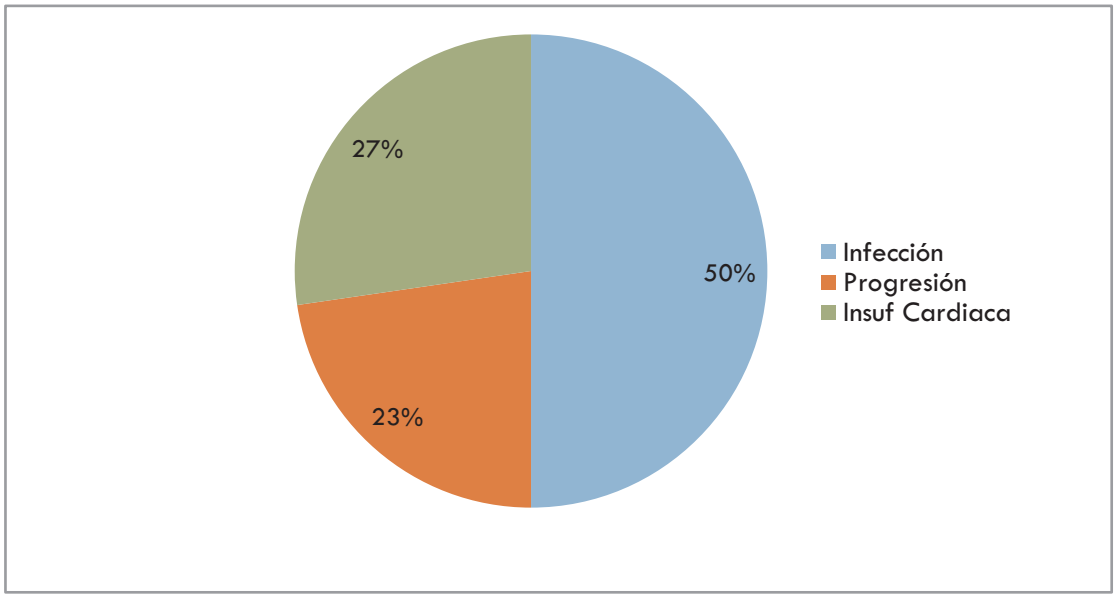
La procedencia (no TAEs) por zonas básicas se indica en la siguiente figura:



La media de hospitalizaciones contabilizadas en nuestro Centro por paciente incluyendo el periodo analizado fue de 4,27 (DE: 2,6.) La media de consultas de Urgencias fue de 6,04 (DE: 8,6.)

El valor del APACHE II al ingreso fue de 27 (DE: 4,22.)

Las causas de ingreso se reflejan en la siguiente figura:



Tan solo en un 2,2% de los casos se reseñó un plan de cuidados en el informe de alta médico. La figura del cuidador principal estaba recogida en un 24,4%.

En los pacientes con oxigenoterapia domiciliaria un 66,7% de los casos la utilizaban correctamente.

Un 8.9% fueron EPOC cortico-dependientes. El broncodilatador de acción corta mayoritariamente utilizado fue el Ipratropio (con dosis media de 152 microgramos DE 33,91.) El uso de salmeterol fue habitual, utilizándolo un 88,9% de los pacientes. El corticoide inhalado más utilizado fue fluticasona (88,9%.) Las dosis media fue 781,25 microgramos (DE: 252.) El corticoide oral más usado fue deflazacort (95,1%.) La dosis media fue de 40,38 mg (DE: 14,56.) La técnica de uso de inhaladores fue buena en un 64,7% de los pacientes.

La mortalidad fue de un 44,4% en el seguimiento realizado.

CONCLUSIONES DEL ESTUDIO

Son conclusiones de este estudio, que los pacientes EPOC que ingresan en nuestro Hospital, son EPOC severos con alto grado de disnea, y elevada mortalidad, siendo la causa principal que motiva el ingreso la infección respiratoria.

El tratamiento farmacológico al alta, en general, está bien estandarizado. Sin embargo nos planteamos la necesidad insistir en la implementación de un plan de cuidados específico tanto al ingreso como al alta hospitalaria.

INSUFICIENCIA CARDIACA

La IC representa un problema asistencial de primer orden. Solamente por esta enfermedad, se producen más de 80.000 ingresos anuales y constituye la primera causa de hospitalización en pacientes mayores de 65 años.

Durante los últimos años, la IC ha sufrido un aumento constante en sus cifras de prevalencia e incidencia, especialmente en la población de edad avanzada. Este hecho es debido, fundamentalmente, a la elevada frecuencia de factores de riesgo cardiovascular en nuestro medio y al aumento de supervivencia de los enfermos con patología cardíaca.

Desde el punto de vista de carga asistencial la IC constituye el motivo más frecuente de ingreso hospitalario en nuestro medio. La frecuencia de RH por esta enfermedad tampoco es despreciable y oscila del 30 al 60% en los seis meses desde el alta hospitalaria. En España, al igual que en el resto de los países occidentales, la IC consume cerca del 1 al 2% del gasto sanitario actual tan sólo en hospitalizaciones y en reingresos.

El reingreso y la muerte precoces en pacientes con IC están determinados por las características de la situación clínica de los pacientes y lo apropiado del tratamiento aplicado (betabloqueantes.)

Para conocer nuestra realidad asistencial realizamos un estudio con el objetivo de describir el perfil de pacientes que ingresan en nuestro Centro hospitalario por IC.

Seleccionamos de forma aleatoria un total de 40 pacientes ingresados desde Enero 2006 a Junio 2006 con el diagnóstico principal de IC. Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo analizando procedencia, edad, sexo, antecedentes no cardiovasculares (CV), antecedentes CV, tipo de cardiopatía, clase funcional basal (NYHA), presencia de fibrilación auricular, motivo de descompensación, realización de ecocardiografía durante el ingreso, función sistólica, presencia de factores para el reingreso, tratamiento farmacológico al alta, plan de cuidados al alta, destino del paciente, mortalidad, estancia media, y, por último, número de consultas e ingresos hospitalarios por IC u otros motivos (desde el año 2003 a Diciembre 2007.)

RESULTADOS

Nuestros pacientes tenían una edad media de 80,88 años (DE: 7,7) siendo mujeres hasta en un 75% de los casos.

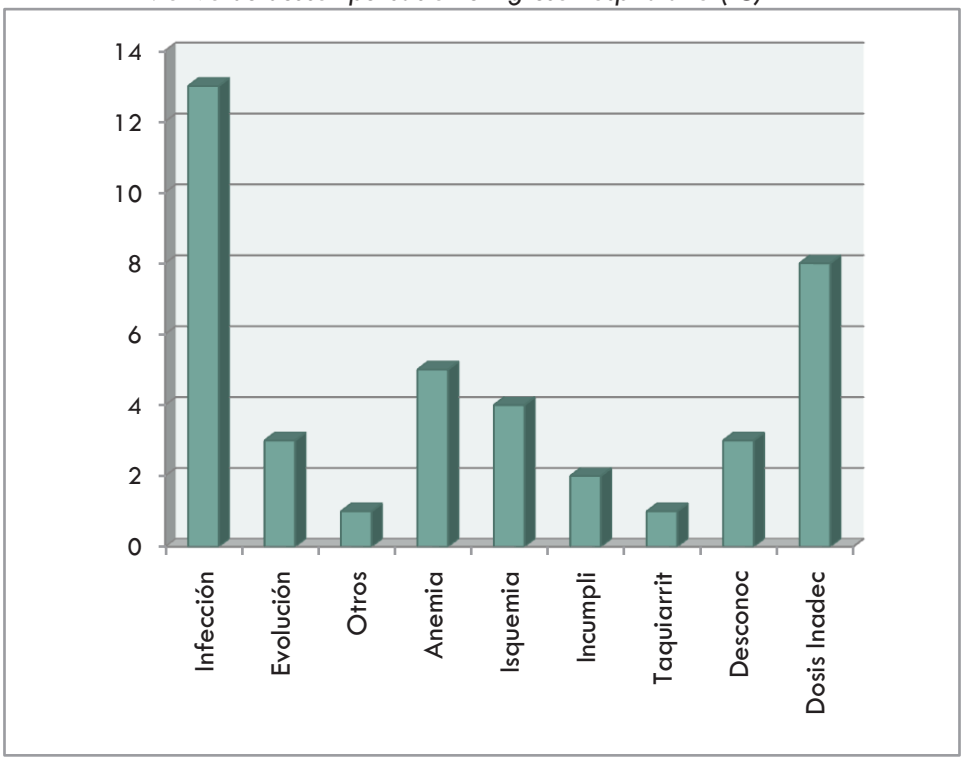
Un 70% fueron pluripatológicos; hipertensos en un 85%; EPOC en un 27,5%; diabéticos en un 57,7%; y, con insuficiencia renal en un 12,5%. El deterioro cognitivo estaba presente en un 17,7% de los pacientes.

En relación con el tipo de cardiopatía la más frecuente fue la valvular (25%) seguida de la isquémica (22,5%) y de la mixta (22,5%.) La cardiopatía hipertensiva estaba presente en un 17,5%.

La mayoría de los pacientes se encontraban en clase funcional basal II-III de la NYHA. Un 67,5% de los pacientes tenían arritmia completa por fibrilación auricular.

El motivo más frecuente de descompensación fue la infección y en segundo lugar la dosificación inadecuada del tratamiento farmacológico. La presencia de una anemia ocupó el tercer lugar como motivo de reagudización.

Motivo de descompensación e ingreso hospitalario (IC)



Durante la hospitalización se realizó una ecocardiografía en un 20% de los pacientes encontrándose una función sistólica conservada en un 76,7%.

Hasta en un 87,5% de los casos estaba presente algún factor para el reingreso hospitalario (Historia previa de IC de 1 año de evolución o disnea de origen cardiaco; IC secundaria a IAM; Antecedente de 4 o más ingresos hospitalarios por cualquier causa en los 5 años previos.)

En relación con el tratamiento al alta: un 77,8% recibieron IECAS, un 91,7% diuréticos de ASA, un 50% espironolactona, un 36,1% digoxina, un 38,9% betabloqueantes, un 27,8% antagonistas del calcio, un 5,6% ARA II, un 61,1 antiagregantes y un 41,7% anticoagulantes orales. Los IECAs se pautaron en un 66% de los pacientes con disfunción sistólica y los betabloqueantes en un 50%.

La mortalidad durante el global del periodo analizado por IC u otras causas fue de un 40%.

Al alta hospitalaria el destino más frecuente del paciente fue Atención Primaria (63,9%) y en segundo lugar las consultas de medicina interna (19,5%.)

En un 33,3% de los informes hospitalarios de alta se recogió un plan de cuidados.

En el global del periodo analizado los pacientes tuvieron una media de hospitalizaciones de 4,78 (DE: 2,65) y de consultas de urgencias de 6,55 (DE: 5,85.)

La estancia media fue de 7,35 (DE: 4,51) días.

CONCLUSIONES DEL ESTUDIO

El perfil de nuestro paciente con IC es similar al descrito en la literatura para los Servicios de Medicina Interna y corresponde predominantemente a mujeres de edad anciana, con fracción de eyección preservada y clase funcional elevada. La mayor parte son pluripatológicos y presentan comorbilidad importante. El tratamiento farmacológico al alta está, en general, bien estandarizado,

siendo los diuréticos de asa los fármacos más usados. El uso de B-Bloqueantes es superior al descrito en otras series. A pesar de la presencia de fibrilación auricular en nuestros pacientes el uso de anticoagulantes es bajo. Por otra parte, la implementación de un plan de cuidados al alta hospitalaria es muy escasa. Las características de nuestros pacientes favorecen la necesidad de un manejo integral y de implicar al especialista en Atención Primaria, al Médico Internista y, al Cardiólogo, para dar una cobertura asistencial adecuada en esta enfermedad.

EPILOGO

Todos estos datos nos han servido para conocer las características de los pacientes que atendemos, iniciar una propuesta de atención con entidad de PROGRAMA DE ATENCIÓN ESPECIAL y, comunicar dicho análisis sucesivamente en foros específicos, en el marco de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI.)

XXVII CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA. OCTUBRE 2006. SALAMANCA:

ESTUDIO DEL REINGRESO EN UN HOSPITAL COMARCAL I.Vallejo Maroto(1) A.Fernández Moyano(1) C.Palmero Palmero(1) R.Aparicio Santos(1) M.Benticuaga Martínes(1) C.González Becerra(1) R.Rivas Cerdeira(2) M.Laorden Machorra(2) *(1)Servicio de Medicina, (2)Distrito Sanitario de Mairena del Aljarafe. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla.)*

XXVIII CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA. NOVIEMBRE 2007. BARCELONA:

CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES EPOC QUE INGRESAN EN UN HOSPITAL COMARCAL ¿ES NECESARIO UN PLAN DE CUIDADOS? C. González Becerra (1), I. Vallejo (1), R. Aparicio (1), B. Romero (2), I. Turanza (3), A. Fdez Moyano (1.) *(1)Servicio de Medicina, (2) Unidad de Neumología, (3) Medicina Interna DUE. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla.)*

PAPEL DEL MÉDICO INTERNISTA EN EL MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA. PERFIL DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN UN HOSPITAL COMARCAL I.Vallejo Maroto(1) C.González Becerra(1) R.Aparicio Santos(1) M.Ruiz Borrell(2) C.Palmero Palmero(1) C.Hurtado(3) M.Alvarez Alcina(1) A.Fernández Moyano(1) *(1)Medicina Interna, (2)Unidad de Cardiología, (3)Medicina Interna DUE. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla.)*

Programa para la atención de pacientes con patologías crónicas

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE. DISTRITO ALJARAFE

FILOSOFÍA DEL PLAN ASISTENCIAL

El problema de los pacientes reingresadores y la atención a las patologías crónicas es una realidad claramente definida en nuestra Área Sanitaria. Constituyen una población significativa por sus características y prevalencia y merecen una consideración especial por las implicaciones asistenciales y los recursos empleados.

El cuidado de las enfermedades crónicas va a requerir con este plan un intento de solución multidimensional para un problema asistencial común y complejo.

Para intentar modificar esta realidad diseñamos un modelo de atención longitudinal a estos enfermos mediante un programa asistencial dedicado a esta población, que facultará una reorganización y racionalización en su manejo así como garantizará una adecuada continuidad asistencial.

Este plan tiene su fundamento principal en la implementación de unos cuidados continuos en el manejo de las enfermedades crónicas de esta población de pacientes. Estos cuidados tendrán dos marcos asistenciales de desarrollo: el Hospital y Atención Primaria. La continuidad de estos cuidados va a constituir una responsabilidad fundamental de los profesionales sanitarios implicados en las dos esferas de actuación.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN

Quedan marcados entonces los siguientes objetivos:

OBJETIVOS PRINCIPALES

1.Mejorar la capacitación del paciente y del cuidador para que sean sujetos activos en el cuidado de su enfermedad crónica.

2.Mejorar la capacitación de los profesionales implicados

3.Desarrollar programas de formación y educación en cuidados.

4.Identificar pacientes.

5.Normalización de los procedimientos y la calidad de los cuidados hospitalarios y extrahospitalarios.

6.Aumentar el grado de coordinación interniveles.

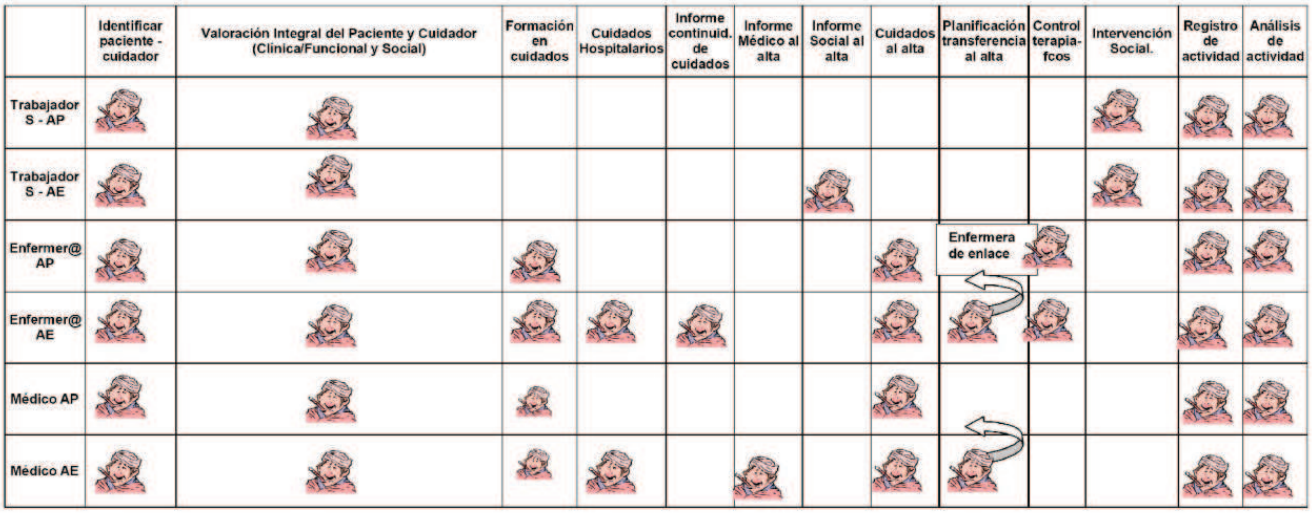
OBJETIVOS SECUNDARIOS

1.Establecer un sistema de registro común de actividades

2.Evaluar los resultados.

ARQUITECTURA DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN

Se propone la siguiente arquitectura del programa asistencial:

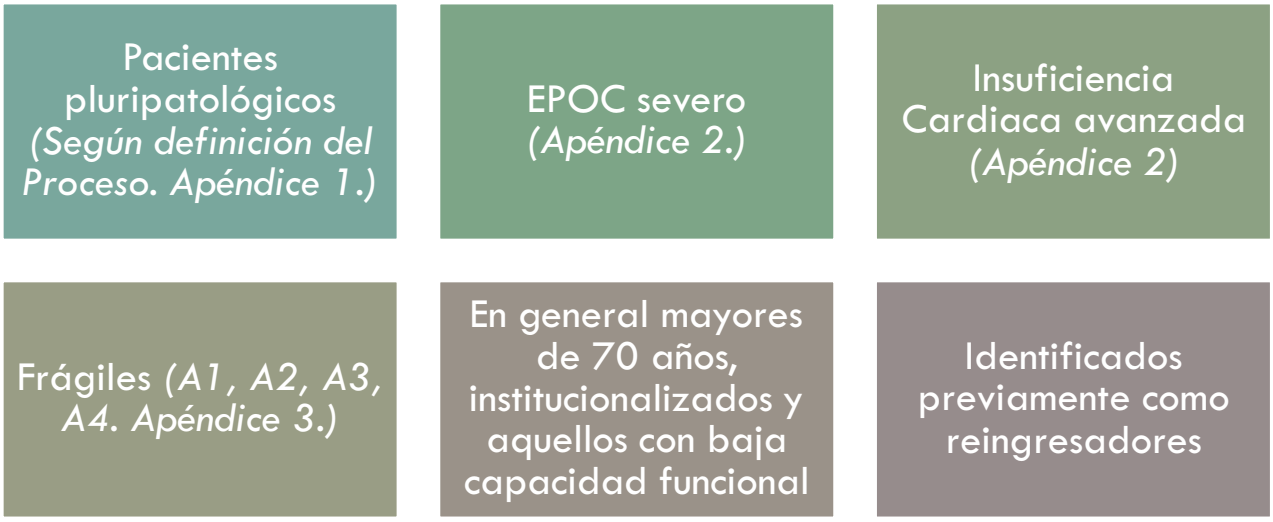


DESARROLLO DE ACTIVIDADES

Como resultado de una primera aproximación a las actividades que pueda contemplar este plan de atención se priorizan una serie de elementos a desarrollar por parte del Hospital y otros por parte de Atención Primaria.

Desde el Hospital:

IDENTIFICAR A LOS PACIENTES: Es necesario, en primer lugar, establecer claramente el grupo de pacientes beneficiarios de esta actividad, e identificarlos según los criterios propuestos:



La identificación de los pacientes debería realizarse al ingreso hospitalario, tanto por parte de enfermería, trabajador social y médico responsable, en el marco de la Sesión Clínica que el Servicio de Medicina plantea en la mañana.

Es necesario completar las siguientes acciones:

1.Formación en Conceptos/Definiciones: dado que la atención al ingreso hospitalario en nuestro Centro hospitalario se realiza por diferentes especialidades (Medicina Interna, Cardiología, Neumología), se programará un calendario de Sesiones Clínicas y Actualizaciones en conceptos básicos como paciente Pluripatológico, frágil, reingreso y herramientas de valoración: Barthel, Charlson, índices de fragilidad, etc, con el objetivo de su aplicación en la valoración integral de los pacientes atendidos así como la incorporación de dichos conceptos a la realización de informes clínicos. Esta tarea será desarrollada por los especialistas de Medicina Interna del Servicio.

2.Modificación de las herramientas informáticas: Es necesario modificar el soporte informático con el que actualmente se trabaja (ACTICX) para que permita el reconocimiento inmediato de los pacientes incluidos en el programa asistencial, el desarrollo de una base de datos común, así como la recogida en los informes clínicos de los criterios de inclusión de forma necesaria durante la realización del informe de ingreso en planta. Esta tarea debe ser completada con el Departamento de Informática de nuestro centro.

El sistema informático debería permitir el registro individualizado del paciente, con sus condiciones y su planificación y, podría integrar las guías y protocolos de actuación habituales. Este sistema debe ser utilizado tanto por el equipo de enfermería, como trabajadora social como médico responsable y permitir comprobar la evolución y las mejoras en la enfermedad crónica.

En este sentido, actualmente se trabaja desde el Hospital, en modificar las herramientas que permitan identificar a los pacientes mediante el sistema informático disponible por el momento, a la espera de la incorporación del sistema TICARES que la Orden Hospitalaria San Juan de Dios está preparando para su próxima implementación.

FORMACIÓN EN CUIDADOS: La educación en cuidados es una pieza clave del programa asistencial y debe desarrollarse durante la hospitalización de los pacientes con una participación activa por parte del enfermero y del médico responsable. Implica una intervención educativa iniciada desde el ingreso dirigido al conocimiento de la enfermedad, adherencia al tratamiento, auto cuidados y signos de descompensación.

Se establecen tres grupos de trabajo para la realización de las acciones que a continuación se mencionan.

Insuficiencia Cardiaca	EPOC	Pluripatológico
• Cardiólogo • Internista • Enfermera	• Neumólogo • Internista • Enfermera	• Internista • Internista • Enfermera

Acciones:

1. **Cursos de formación a enfermería y médicos del servicio en cuidados:** según los tres grupos de patologías atendiendo a las particularidades y necesidades de cada grupo (Ej. Talleres de medicación inhalada, fisioterapia respiratoria, recomendaciones higiénico-dietéticas, cuidados geriátricos específicos, etc.)

2. **Edición de recomendaciones:** individualizadas por patologías para su distribución a pacientes y cuidadores que proporcionen información y responsabilidades, e involucren más en el cuidado.

FORMACIÓN CONTINUADA: Se establece la necesidad de que los tres grupos de trabajo antes mencionados, desarrollen cursos de formación, dirigidos a médicos de Atención Especializada y Atención Primaria con el objetivo de optimizar conocimientos, según las evidencias actualizadas y disponibles en las guías de práctica clínica correspondientes, en las tres patologías reseñadas, que faciliten un adecuado manejo diagnóstico y terapéutico.

DESARROLLAR Y ESTABLECER PLANES DE CUIDADOS HOSPITALARIOS: en esta línea de trabajo, la Enfermería de nuestro Hospital ha finalizado la preparación de los planes de cuidados en las dos patologías que constituyen el marco de atención del programa: la EPOC y la Insuficiencia Cardiaca (Apéndice 4 y 5.)

Acciones:

1. **Debe completarse** el desarrollo de los planes de cuidados hospitalarios para pacientes pluripatológicos, lo que queda a cargo del grupo multidisciplinar correspondiente.

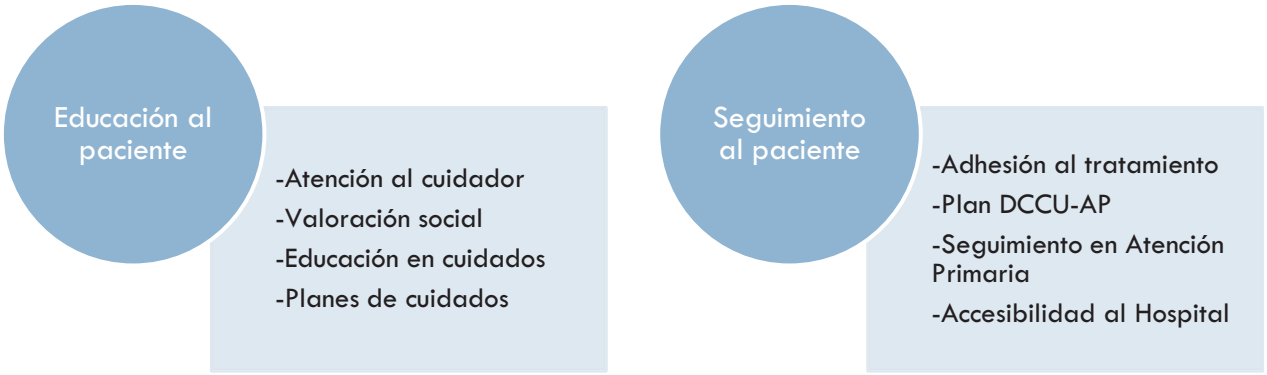
2.Se hace necesario la aplicación de estos planes durante la hospitalización de los pacientes, así como la valoración del grado de implementación y consecuencias de dicha actuación, así como su evaluación, lo que debe realizar de forma sistemática la enfermería de nuestro centro.

TRANSFERENCIA AL ALTA: Se hace hincapié en la importancia de la transferencia al alta desde una triple óptica:

1) Planificar con tiempo el alta.
2) Contacto con la Enfermera de Enlace (labor a realizar por la Enfermería de la Planta de Hospitalización.)
3) Contacto con el Responsable Médico del Centro de Atención Primaria (labor a realizar por el Médico responsable de la hospitalización del paciente.)

Desde Atención Primaria:

Se proponen dos grupos de actividades encaminadas por una parte a profundizar en aspectos educativos en el paciente y cuidador, y por otro, en adecuar el seguimiento al alta hospitalaria. Se esquematizan de la siguiente manera:



ATENCIÓN AL CUIDADOR PRINCIPAL: Se propone un plan de actuación para el cuidador principal que incluya:

- Una identificación precoz del cuidador principal del paciente y sus necesidades.
- Una identificación del esfuerzo del cuidador.
- Una formación en cuidados.

(Se planifica que la valoración social del paciente y del cuidador sea iniciada desde el Hospital por Enfermería y las Trabajadoras Sociales de nuestro Centro.)

EDUCACIÓN EN CUIDADOS: la educación en cuidados debe tener como objetivos:

- Proporcionar información al paciente y al cuidador
- Responsabilizar al paciente en el cuidado de su enfermedad
- Fomentar el conocimiento de la enfermedad
- Desarrollar programas de atención individual/grupal
- Elaborar-distribuir folletos informativos

En el paciente EPOC se desglosan las siguientes actividades educativas:

- Conocimiento de la enfermedad y régimen de vida
- Educación en fisioterapia respiratoria-eliminación de secreciones
- Hábitos dietéticos-consumo de alcohol-actividad física
- Control del peso-valoración del estado nutricional
- Medicación (efectos adversos) Aerosoles-Técnicas de inhalación.
- Cumplimiento terapéutico
- Oxigenoterapia VMNI
- Vigilancia de síntomas de exacerbación. Actuación domiciliaria precoz
- Consejo antitabaco y plan de vacunación
- Atención al cuidador.

En el paciente con ICC deben concentrarse las siguientes actividades:

- Hábitos dietéticos-actividad física
- Autocontroles (fundamentales en pacientes diabéticos y/o hipertensos.
- Vigilancia de síntomas de exacerbación. Actuación domiciliaria precoz
- Control del peso-valoración del estado nutricional.
- Plan de vacunación.
- Atención al cuidador.

CONTROL DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

Se constituye en pieza clave del plan asistencial al tratarse de una actividad que ha demostrado valor en el control de las enfermedades crónicas y especialmente en el reingreso hospitalario.

Debe incluir al menos los siguientes aspectos:

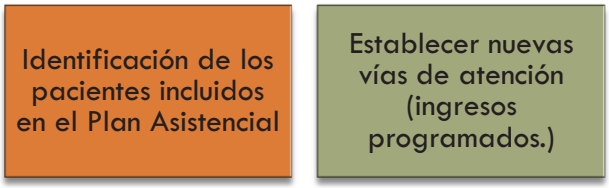
- Instruir al paciente/cuidador sobre el tratamiento: identificación de los medicamentos, pauta, dosis, vía de administración y duración.
- Informar al paciente/cuidador sobre la importancia de una correcta cumplimentación, así como de las consecuencias para su salud derivadas de la falta de seguimiento.
- Valorar junto al paciente/cuidador la necesidad de ayudas: calendarios, dibujos con horarios, lugar para guardarlos, pastilleros día o semanales.
- Valorar posibles efectos secundarios y soluciones: irritación gástrica, somnolencia, calambres...
- Comprobar la destreza del paciente/cuidador y si es necesario enseñar a utilizar inhaladores, inyectables, medición de dosis.
- Dejar las instrucciones por escrito en el domicilio del paciente: nombre de los medicamentos, indicaciones, pautas, vías, cuidados generales...

VALORACIÓN DEL PACIENTE EN DOMICILIO:

Se propone la valoración del paciente a las 48-72 horas tras el alta hospitalaria por el equipo Médico de Familia-Enfermera de Familia.

PLAN DE ATENCIÓN POR EL DCU:

Debe incluir dos aspectos a desarrollar:



EVALUACIÓN Y REGISTRO:

Por último, se hace necesario establecer una herramienta de registro común y una evaluación del programa asistencial que incluya al menos:

- Una valoración cuantitativa: INIHOS, capacidades funcionales e instrumentales.
- Una valoración cualitativa: mediante encuesta de satisfacción percibida y mejoría de la "calidad de vida" del paciente y cuidadores (se propone el cuestionario SF-36.)

Comentarios al plan asistencial

Se han planteado y matizado las siguientes cuestiones:

1.Planificación del alta hospitalaria:

- Se indica la necesidad de planificar el alta hospitalaria desde el momento del ingreso hospitalario. Se entiende que el Hospital no debe ser el *medio natural* del paciente. Para ello, la enfermera de planta realizará una llamada a la enfermera de enlace al ingreso, con el objetivo de analizar el caso, proponer los hechos que hayan condicionado un fracaso en el manejo, indicar una intervención familiar, etc. De igual manera, la enfermera de enlace informará al médico de Atención Primaria del ingreso de su paciente en el Hospital.
- Se insistirá en la importancia de la transferencia de información que debe realizar la enfermera de planta a la enfermera de enlace, y del médico de planta al responsable médico del Centro de Atención Primaria (momento del alta hospitalaria.)

2.Sesiones conjuntas:

- Se insiste desde Atención Primaria en la necesidad de fomentar el contacto del Médico de Atención Primaria con el Internista de Referencia en las Sesiones, con el objetivo de coordinar la atención al paciente y sistematizarla.
- Se propone por parte de Enfermería la realización de Sesiones Clínicas de casos de cuidados compartidos e intensificar la utilización de la Sesión Conjunta como herramienta para facilitar intercambio de información con el Internista de Referencia.

3.Cuidador principal y educación:

- Se reconoce la importancia de fomentar una cultura sobre el cuidador principal, con el objetivo de captarlo e implicarlo en la atención al paciente.
- Se insiste en la necesidad de valorar este aspecto desde el punto de vista social. Dicha valoración debería de comenzar en el Hospital por parte de las trabajadoras sociales.
- Se hace necesario investigar y manejar el fracaso del cuidador.
- Es preceptivo establecer de forma coordinada elementos de educación en cuidados tanto al paciente como al cuidador que deberían de establecerse con la elaboración de folletos educativos y talleres .

4.Atención en domicilio:

- Se acuerda la atención en 48-72 horas por el profesional sanitario de Atención Primaria (Médico-Enfermera de familia) en el domicilio del paciente; atención que se propone presencial y simultánea.
- Se identifican posibles dificultades en el seguimiento de pacientes no inmovilizados y/o sin cuidador principal.

6.Accesos al Hospital:

- Se plantea la necesidad de organizar nuevas vías de acceso al Hospital con carácter programado en la planta de Hospitalización en aquellos pacientes cuya situación clínica lo permita (atención que enlaza con el apartado correspondiente de Atención por el DCU.)

7.Tratamiento farmacológico:

- Se reconoce la importancia de establecer elementos de control y adecuación del tratamiento farmacológico del paciente que puedan coordinarse desde ambos niveles (Atención Primaria y Atención Especializada.)
- Se identifica la necesidad de establecer herramientas informáticas comunes entre el Hospital y el Distrito que permitan un acceso común a la información del paciente (historial clínico, exámenes complementarios, tratamientos) lo que redundará en conseguir una mejoría en los resultados de salud.

8.Documento de trabajo:

- Por último, se recoge la necesidad de elaborar un documento de trabajo común para perfilar y concretar este proyecto de atención integral. La elaboración de esta acta debería de servir como elemento inicial para ello y, quedará completada más adelante, con una propuesta de trabajo definida.

9.Sesiones de trabajo:

- Se acuerdan nuevas sesiones de trabajo una vez conocido y difundido el contenido de dicho documento de trabajo.

En Mairena del Aljarafe, 24 de Abril de 2008.

Propuesta de trabajo para establecer cuidados en pacientes ambulatorios con EPOC e Insuficiencia Cardiaca.

En general en ambos grupos de pacientes tendríamos que plantearnos como objetivos educativos:

Se proponen acciones basadas primordialmente en una **acertada educación sanitaria**, intervenciones que en la práctica consisten en un breve **seguimiento tras el alta hospitalaria** llevado a cabo por personal sanitario de Atención Primaria, suministrando **información** clara al paciente acerca de su enfermedad, **vigilando** la prescripción correcta de la medicación, **controlando** exhaustivamente el cumplimiento terapéutico y dietético, y **educando** para reconocer precozmente los síntomas de descompensación con el fin de aplicar pequeñas medidas de "autoajuste" farmacológico.

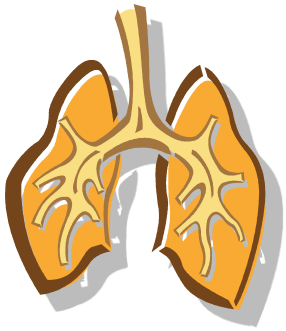
En **ambos grupos** de pacientes se plantea:

Visita en las primeras 48-72 horas y a la semana

Evaluación social (atención por trabajadores sociales)

PACIENTES EPOC

Se exponen los puntos clave del cuidado ambulatorio tras el alta hospitalaria en este grupo de pacientes:



1.**Favorecer** un patrón respiratorio eficaz mediante la enseñanza de ejercicios respiratorios, diafragmáticos, y de tos asistida (en general instruir en fisioterapia respiratoria.)

2.**Adaptación** al estilo de vida referida a:

- Consejos nutricionales: alimentación, pérdida de peso, hidratación adecuada, consumo de alcohol.
- Controlar los factores ambientales: Temperatura, humedad, ventilación, control de agentes irritantes.

3.**Programas** individuales, para favorecer un nivel adecuado de actividad que le permita realizar las actividades de la vida diaria.

4.**Favorecer** un patrón de sueño reparador, mediante la adopción de posturas que favorezcan el descanso.

5.**Control** del estrés mediante técnicas de relajación.

6.**Educación** sanitaria en la oxigenoterapia, aerosolterapia (nebulizadores) y ventilación mecánica, incluyendo conocimientos sobre el manejo del equipo, sistema dispensador, limpieza y normas de seguridad.

7.**Educación** sobre el tabaquismo.

8.**Valoración** del cumplimiento terapéutico.

9.**Enseñanza** del uso de inhaladores ("¿para qué sirve?¿Cómo debe tomársela")

10.**Instrucción** sobre la medicación oral.

-Valorar efectos secundarios de la medicación:

- Corticoides: aumento del peso y apetito, disminución visión, mal control de presión arterial.
- Fármacos adrenérgicos: taquicardia, arritmias, temblores.
- Teofilinas: náuseas, cefalea, vómitos, insomnio/convulsiones.

11.**Reconocimiento** de los síntomas de alarma y datos de descompensación de su enfermedad e instrucción sobre las maniobras a aplicar en el domicilio. Fomentar autocontrol de la enfermedad. Instruir en la detección de problemas que obliguen a la búsqueda de ayuda (Centro de Salud, Hospital, etc):

- Aumento de la disnea (ahogo) más de lo habitual y que no ceda con las maniobras recomendadas en domicilio.
- Aumento de las secreciones, cambio en el color, consistencia o dificultad mayor de la habitual para expectorarlas.
- Aparición de fiebre medida por el termómetro.
- Edema (hinchazón de los pies)
- Dolor costal.
- Somnolencia (más sueño de lo habitual) durante el día o problemas para conciliar el sueño por la noche.
- Cefalea (dolor de cabeza) por la mañana.
- Alteraciones del nivel de conciencia: irritabilidad, confusión mental,etc.

12.**Administración** de vacunas: anual para la gripe y cada 5 años la antineumocócica si se tiene más de 65 años.

13.**Atención** al cuidador:

- Instruir/educar en el manejo de la enfermedad.
- Dar apoyo emocional y logístico facilitando el manejo de los pacientes dentro del ámbito familiar.
- Facilitar el acceso a las asociaciones de pacientes, educadores, psicólogos, trabajadores sociales, etc.
- Detectar problemas familiares/sociales y/o económicos que dificulten la buena evolución.
- Prevenir y evitar el fracaso del cuidador.

Además de lo anterior, es importante no perder de vista la aparición de signos o síntomas que puedan indicar la existencia de una alteración que necesite de otro abordaje.

PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

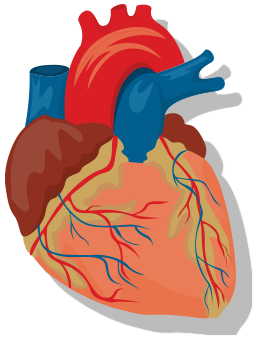
Se exponen los puntos clave del cuidado ambulatorio tras el alta hospitalaria en este grupo de pacientes:

1.**Adaptación** al estilo de vida referida a:

- Consejos nutricionales: alimentación; pérdida de peso; consumo de alcohol y/o bebidas excitantes; consumo de sal y grasas; control de la ingesta de líquidos.

2.**Educación** sobre el tabaquismo.

3.**Aspectos** relativos a los autocontroles (peso-diario, presión arterial, diuresis y glucemias en paciente diabéticos) Registro de los resultados para facilitar el ajuste de la medicación.



4.**Programas** individuales, para favorecer un nivel adecuado de esfuerzo que permita la realización de actividades de la vida diaria; instrucción en la realización de actividad física moderada.

5.**Favorecer** un patrón de sueño reparador, mediante la adopción de posturas que favorezcan el descanso.

6.**Control** del estrés mediante técnicas de relajación.

7.**Medicación** oral:

- Valoración del cumplimiento terapéutico.
- Instrucción sobre la medicación y efectos adversos: digoxina, diuréticos, fármacos vasodilatadores, fármacos para el control de la frecuencia cardíaca, minerales (potasio.)
- Autocontrol: conocimiento de los beneficios y efectos de los diferentes fármacos. Incidir en los factores que favorecen la descompensación, los síntomas y signos una vez establecida y, cómo modificar, en caso necesario, la dosis del diurético, sin demorar la consulta con el médico (protocolización de la atención de enfermería bajo la supervisión del facultativo responsable del paciente.) De igual manera (también bajo la supervisión del facultativo responsable), adecuar el tratamiento farmacológico en caso de mal control de la presión arterial.

8.**Reconocimiento** de los síntomas de alarma y datos de descompensación:

- Ganancia de peso rápida: 1 kilo en un día o más de 3 en una semana.
- Hinchazón de los pies, tobillos y piernas.
- Disminución de la cantidad total de orina.
- Dificultad para respirar sobre todo con menor ejercicio o en reposo.
- Necesidad de aumentar el número de almohadas para dormir.
- Tos irritativa persistente.
- Dolor en el pecho.
- Cansancio intenso.
- Fiebre o síntomas de catarro.

Instruir en la detección de problemas que precisen de atención médica inmediata: fatiga intensa en reposo, dolor en el pecho que no cede con cafinitrina o hay pérdida de consciencia sin recuperación inmediata y completa

9.**Intrucción** en el uso de vasodilatadores sublinguales en pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca y cardiopatía isquémica.

10.**Administración** de vacunas: anual para la gripe y cada 5 años la antineumocócica si se tiene más de 65 años.

11.**Atención** al cuidador:

- Instruir/educar en el manejo de la enfermedad.
- Dar apoyo emocional y logístico facilitando el manejo de los pacientes dentro del ámbito familiar.
- Facilitar el acceso a las asociaciones de pacientes, educadores, psicólogos, trabajadores sociales, etc.
- Detectar problemas familiares/sociales y/o económicos que dificulten la buena evolución.
- Prevenir y evitar el fracaso del cuidador.

APENDICE 1.

Definición del paciente Pluripatológico:

Pacientes que sufren enfermedades crónicas de dos o más de las siguientes categorías clínicas:

Categoría A

Insuficiencia cardiaca

Cardiopatía isquémica

Categoría B

Enfermedad crónica osteoarticular con limitación funcional

Vasculitis y conectivopatías

Insuficiencia renal crónica

Categoría C

Limitación crónica al flujo aéreo, asma bronquial o hipoventilación alveolar con limitación funcional

Cor pulmonale crónico

Categoría D

Enfermedad inflamatoria crónica intestinal

Hepatopatía crónica sintomática o en actividad

Categoría E

Enfermedad neurológica con déficit motor o cognitivo que genere discapacidad

Categoría F

Arteriopatía periférica sintomática

Diabetes mellitus con repercusión visceral diferente de la cardiopatía isquémica

Categoría G

Enfermedad hematológica sintomática y no subsidiaria de tratamiento especializado

Enfermedad oncológica activa no subsidiaria de tratamiento oncológico activo.

La HTA, hiperlipemia, y otras enfermedades crónicas, algunas de ellas con alta prevalencia, no son consideradas por si mismas sino a través del órgano sobre el que provocan el daño para contribuir

a definir una población más homogénea con unos requerimientos asistenciales similares (Proceso Asistencial Pluripatológico. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.)

APÉNDICE 2.

Definición de pacientes EPOC y pacientes con IC incluidos en el programa asistencial:

EPOC: enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de la MRC, o FEV1 < 65%, o SAT O2 <o= 90%.

IC: Insuficiencia cardiaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA.

APÉNDICE 3.

Criterios de fragilidad.

A1. Persona mayor de 65 años que viva sola o con una persona mayor de 65 años y vivan solas y presentar 2 o más enfermedades crónicas y al menos uno de los siguientes criterios:

-Tomar 5 o más fármacos y/o durante el Plan de Prevención de Temperaturas Extremas serán incluidas aquellas personas que tomen al menos un fármaco de los grupos de medicación de riesgo tales como: diuréticos, hipotensores, antidepresivos, neurolépticos y antiparkinsonianos.

-Limitación funcional en situación de estabilidad clínica (falta de autonomía para las actividades de la vida diaria (Barthel menor de 60) y/o

-Limitación/deterioro cognitivo.

A2. Persona menor de 65 años y

-Presentar 2 o más enfermedades crónicas y

-Tomar 5 o más fármacos y

-Limitación funcional en situación de estabilidad clínica (falta de autonomía para las actividades de la vida diaria (Barthel menor de 60) y/o

-Limitación/deterioro cognitivo (E.Pfeiffer mayor o igual 5.)

A3. Persona que presente al menos uno de los siguientes criterios:

-Proceso oncológico (incluido niños) y que finalice tratamiento de quimioterapia al día del alta.

-Procesos en situación terminal con necesidad de cuidados paliativos con permiso de fin de semana a su domicilio.

A4. Otros pacientes que se consideren frágiles no incluidos en los apartados anteriores debido a su condición especial de necesidad de cuidados y seguimiento domiciliario.

Apéndice 4. Plan de cuidados hospitalarios a pacientes respiratorios.

Plan de Cuidados del Paciente Respiratorio

D1 **Patrón respiratorio ineficaz r/c proceso fisiopatológico**

O1 *Mantendrá un patrón respiratorio eficaz*

		Turnos		
C1	Toma de temperatura	M	T	N
C2	Toma de frecuencia respiratoria	M	T	N
C3	Toma de presión arterial	M	T	N
C4	Toma de frecuencia cardiaca	M	T	N
C5	Control de saturación de oxígeno	M	T	
C6	Valorar nivel de conciencia	M	T	N
C7	Valorar coloración de piel y mucosas	M	T	N
C8	Valorar grado de disnea	M	T	N
C9	Valorar trabajo respiratorio excesivo	M	T	N
C10	Control del flujo de oxígeno	M	T	N

Observaciones: *Si tras las primeras 24horas el paciente mantiene las constantes en valores dentro de la normalidad, y no tiene ninguna patología asociada: Las constantes se pasarán a tomar una vez cada 24horas.*

Observaciones: *Se consideran principales* ***signos de alarma*** *:*

1. ***Estado mental*** *: agitación, desorientación, confusión, letargia, coma.*
2. ***Frecuencia respiratoria*** *: bradipnea (<10 r/m), taquipnea (>35 r/m), pausas apnea, boqueadas.*
3. ***Trabajo respiratorio excesivo*** *: tiraje, estridor, descenso laringeo, uso musculatura accesoria.*
4. ***Fatiga muscular*** *: discordancia toracoabdominal*
5. ***Inestabilidad hemodinámica*** *: hipotensión, taquicardia, bradicardia, hipoperfusión.*

En caso de existir alguno de estos signos de alarma, avisar internista de guardia.

D2 **Limpieza ineficaz de las vías aereas r/c proceso fisiopatológico**

O1 *Mantendrá vías aereas permeables y libre de secreciones*

C1	Valorar permeabilidad de las vías aereas	M	T	
C2	Valorar presencia y características de la tos	M	T	
C3	Valorar presencia y características de las secreciones	M	T	
C4	Valorar presencia y cuantía de le hemoptisis	M	T	
C5	Cuantificar nº episodios de hemoptisis en las últimas 24horas			N
C6	Adecuar posiciones	M	T	N
C7	Mantener adecuado aporte de líquidos	M	T	
C8	Cinesiterapia respiratoria		T	
C9	Percusión torácica. Clapping		T	
C10	Valorar necesidad de FTR		T	

Observaciones: *Es importante cuantificar la hemoptisis según los siguientes parámetros :*

1. ***Expectoración hemoptoica*** *: 5ml*
2. ***Hemoptisis leve*** *: menos de 30ml/dia*
3. ***Hemoptisis moderada*** *: 30-150ml/dia*

*4. **Hemoptisis masiva** : >200ml en un episodio; >400ml en 24horas; >600ml en 48horas; >150ml en una hora; Obstrucción de vía aerea superior independientemente de la cantidad; Hemoptisis repetida que requiere transfusión.*

O2 Adquirirá habilidades en la eliminación de secreciones

C1	Instruir sobre ejercicios respiratorios	M	T	
C2	Instruir sobre factores que favorecen la disminución de secreciones	M	T	
C3	Instruir sobre tos eficaz y controlada	M	T	

O3 Comprenderá / integrará el régimen terapeútico a su vida diaria

C1	Información del plan terapeútico:uso de oxigenoterapia e inhaladores	M		
C2	Información del plan terapeútico:inspirometría incentivada	M		
C3	Valorar comprensión/manejo del uso de oxigenoterapia e inhaladores	M		
C4	Valorar comprensión/manejo de inspirometría incentivada	M		
C5	Instruir sobre hábitos dietéticos		T	

D3 Intolerancia a la actividad r/c proceso cardio-respiratorio

O1 Mantendrá / recuperará la fuerza para realizar la ADV

C1	Valorar signos y síntomas de insuficiencia cardio-respiratoria	M	T	N
C2	Valorar signos y síntomas de intolerancia a la actividad	M	T	

D4 Riesgo de estreñimiento r/c deterioro de la movilidad

O1 Recuperará un patrón de eliminación intestinal adecuado.

C1	Control de deposiciones		T	
C2	Valorar necesidad / eficacia del tratamiento. Laxantes, emolientes…			N

NOTA:	
D	**Diagnóstico enfermero**
O	**Objetivo**
C	**Cuidado/Actividad enfermera**

Apéndice 5. Plan de cuidados hospitalarios a pacientes con insuficiencia cardíaca.

Plan Directo de Cuidados en Pacientes con Insuficiencia Cardiaca

D1 **Ansiedad r/c cambio del entorno/cambio en el estado de salud**

O1	*Manifestará una reducción de la ansiedad a límites tolerables*	Horarios		
C1	Información sobre problema de salud	M		
C2	Favoreder la expresión de sentimientos	M		
C3	Valorar signos y síntomas de ansiedad	M	T	N
C4	Comunicación con el paciente. Ofertar disponibilidad	M		

D2 **Intolerancia a la actividad r/c proceso cardio-respiratorio**

O1	*Conocerá los factores de riesgo de la intolerancia a la actividad*	Horarios		
C1	Instruir sobre nivel apropiado de actividad	M		

O2	*Mantendrá un nivel adecuado de tolerancia a las A.V.D.*	Horarios		
C1	Tomar FC	M	T	
C2	Control de Saturación de O2	M		
C3	Tomar FR	M	T	
C4	Valorar signos y síntomas de intolerancia a la actividad	M	T	N
C5	Higiene general. Ayuda parcial	M		
C6	Eliminación (WC/orinal). Ayuda parcial	M	T	N
C7	Arreglo cama. Paciente encamado	M		
C8	EKG	M		
C9	Tomar TA	M	T	N
C10	Levantar-acostar. Ayuda parcial	M	T	

Observaciones: *Importante iniciar sedestación progresiva*

1. Cama semiincorporada.Cambios porturales y colchón antiescaras (si es necesario) hasta estabilización

2. Una vez estabilizado el paciente, movilización progresiva:

a)sentar al sillón b)ir al WC c)deambular por la habitación d)deambular por la planta

D3 **Exceso de volúmen de líquidos r/c proceso fisiopatológico**

O1	*El paciente eliminará el exceso de líquidos*	Horarios		
C1	Pesar	M		
C2	Instruir sobre ingesta de líquidos	M		
C3	Valorar aporte de líquidos		T	N
C4	Instruir sobre restricciones dietéticas	M		
C5	Medir diuresis	M	T	N
C6	Valorar presencia y características de los edemas		T	

D4 **Patrón respiratorio ineficaz r/c proceso fisiopatológico**

O1	*Mantendrá un patrón respiratorio eficaz*	Horarios		
C1	Valorar coloración de piel y mucosas	M		
C2	Adecuar posiciones	M	T	N
C3	Valorar signos y síntomas de insuficiencia cardio-respiratoria	M		

O2	*Adquirirá conocimientos para manejar su situación de salud*	Horarios		
C1	Instruir sobre ejercicios respiratorios	M		
C2	Instruir sobre respiración eficaz	M		

D5 **Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos diagnósticos/terapeúticos**

O1 *Adquirirá conocimientos para evitar la infección*

		Horarios		
C1	Instruir sobre signos y síntomas a comunicar	M		
C2	Instruir sobre factores de riesgo de la infección	M		

O2 *Se mantendrá libre de infección. Venoclisis periférica.*

		Horarios		
C1	Tomar temperatura	M	T	N
C2	Valorar signos y síntomas de flebitis/extravasación	M	T	N
C3	Cambio de equipo de perfusión. Venoclisis.	cada 72 horas		
C4	Cuidados del catéter periférico	M		
C5	Cuidados del catéter central	M		

O3 *Se mantendrá libre de infección. Cateterismo Vesical.*

		Horarios		
C1	Mantener sonda vesical/uretral	M		
C2	Medir diuresis	M	T	N
C3	Valorar características de la orina	M	T	N

D6 **Riesgo de estreñimiento r/c actividad física insuficiente**

O1 *Mantendrá/recuperará un patrón de eliminación intestinal adecuado. Estreñimiento*

		Horarios		
C1	Control de deposiciones	M	T	N
C2	Valorar necesidad/eficacia del tratamiento. Laxantes	cada 72 horas		

D7 **Temor r/c hospitalización**

O1 *Referirá reducción o desaparición del temor*

		Horarios		
C1	Información sobre proceso de hospitalización	M		
C2	Comunicación con el paciente. Escucha Activa.	M		

NOTA: Todos aquellos cuidados que se presten y que no están incluidos por no ser estándar habrá que introducirlos puntualmente

Apéndice 6. Responsables del Plan Asistencial:

Antonio Fernández Moyano (Jefe del Servicio de Medicina. HSJDA.)

Ignacio Vallejo Maroto (Coordinador del Servicio de Medicina. HSJDA.)

Encarna Campos Vidiella (Directora de la UGC de San Juan.)

Francisco Serrano Galán (Médico de la UGC de Tomares.)

Enfermeras de Enlace: Rosa Rivas Cerdeira y María del Mar Reina Garfia.

Manuel Torres Martín (Director de Enfermería. HSJDA.)

Inmaculada Turanza (Coordinadora de Enfermería. HSJDA.)

Concepción Hurtado (Coordinadora de Enfermería. HSJDA.)

Beatriz Romero (Coordinadora de la Unidad de Neumología. Servicio de Medicina. HSJDA.)

Mariano Ruiz Borrell (Coordinador de la Unidad de Cardiología. Servicio de Medicina. HSJDA.)

César Palmero Palmero (Coordinador del Servicio de Medicina. HSJDA.)

Concepción González Becerra (Internista. HSJDA.)

María Ángeles Tarilonte Delgado (Directora de Salud. Distrito Sanitario Aljarafe.)

José María Páez Pinto (Director Gerente del Distrito Sanitario Aljarafe.)

Apéndice 7. Bibliografía.

1.Martínez A,et al. Reingreso hospitalario en Medicina Interna. An Med Interna (Madrid) 2001; 18: 248-254.

2.Canosa A, Prat A, Lledó R, Asenjo MA. El reingreso hospitalario como gestión de calidad. Med Clin (Barc) 1997; 108: 317.

3.Peiro S, Librero J, Benages A. Factores asociados al reingreso hospitalario urgente en enfermedades digestivas y hepatobiliares. Med Clin

(Barc) 1996; 107: 4-13.

4.García Ortega C, Almenara Barrios J, García Ortega JJ. Tasa de reingresos de un Hospital Comarcal.Rev Esp Salud Pública 1998: 72: 103-110.

5.Proceso asistencial PP.

6.Kossovsky MP, Perneger TV, Serasin FP, Bolla F, Borst F, Gaspoz JM. Comparison between planned and unplanned readmissions to a department of internal medicine. J Clin Epidemiol 1999; 52: 151-6.

7.Chambers M, Clarke A. Measuring readmission rates. Br Med J 1990; 301: 1134-6.

8.Clark A. Are readmissions avoidable. Br Med J 1990; 301: 1136-8.

9. Weinberger M, Oddone EZ, Henderson WG. Does increased access to primary care reduce hospital readmissions.Iveterans affairs cooperative study group on primary care and hospital readmission. N Engl J Med 1996; 334: 1441-7.

10. Roige J, Miquel C. El reingreso en un servicio de medicina interna. Med Clin (Barc) 1994; 103: 317.