



Subdirección de Gestión Clínica y de Calidad

Protocolo

Valoración tras el alta hospitalaria



Elaborado por
Área de Calidad
Subdirección de Gestión Clínica y Calidad
SESPA

Revisión 2014
Servicio de Coordinación Asistencial y Cuidados
Subdirección de Organización de Servicios Sanitarios
SESPA





El presente documento es una guía destinada a ayudar a los profesionales a utilizar correctamente el protocolo de valoración tras un alta hospitalaria.

Deben considerarse como recomendaciones, no como instrucciones. Desde el equipo de elaboración de este documento abogamos por seguir el mayor número de recomendaciones posibles, pues ello implicará una mejor cumplimentación y registro de las actividades realizadas.

Debe entenderse que los protocolos de OMIap pueden sufrir modificaciones de mayor o menor calado en función de la evolución de la evidencia científica y de las necesidades de los profesionales. Por tanto deberá tenerse en cuenta la posibilidad de que existan actualizaciones que puedan anular el presente documento.



Desafortunadamente, la continuidad de la asistencia entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria es uno de los aspectos con un gran recorrido de mejora en Asturias.

Uno de los aspectos en los que es posible mejorar es el referido a la valoración de la necesidad o no de cuidados en un paciente tras el alta hospitalaria.

Con este fin, se ha creado un protocolo destinado tanto a profesionales de la medicina como de la enfermería incluyendo en el mismo ítems que pueden ser cubiertos de forma indistinta.

El protocolo consta de tres pestañas. En la primera se cubren los datos básicos del alta y permite la creación de un código CIAP para aquellas situaciones en las que el diagnóstico no esté correctamente codificado en nuestra historia electrónica. En la segunda, se cubren los datos básicos del Informe de Cuidados de Enfermería recibido del hospital tras el alta hospitalaria. En esta pestaña también se cubren las actividades de EpS, la posible derivación a trabajo social y la actualización de la valoración enfermera, si fuera necesario. En la tercera se describe mejor el plan de actuación.



Primera pestaña. Valoración

ALTA HOSPITALARIA (19/09/2014) - SESPA - GOIRIA CORDERO, BEATRIZ (71 Años)

Valoración | Informe alta hospital | Cuidado

Fecha de alta:

El ingreso fue por: *

Indique si se trata de.....

- Reciente diagnóstico
- Reagudización de patología previa
- Reingreso por complicacion / mala evolucion

Si el proceso no está codificado todavía, puede hacerlo ahora (evite repetir)

¿Precisa cuidados específicos tras este ingreso? Sí No (S - 19/09/2014)

- Cuidados post-quirúrgicos
- Manejo úlceras
- Problemas respiratorios
- Problemas nutrición
- Inmovilidad
- Problemas eliminación
- Otros

Indique:

¿Tiene dolor? * Sí No (N - 19/09/2014)

Agudo Sí No (N - 19/09/2014) Crónico Sí No (N - 19/09/2014)

¿Paciente con polimedicación? Sí No (N - 19/09/2014)

Esta pantalla recoge datos importantes para realizar la continuidad de cuidados en caso de ser necesario.

Los datos son de fácil cumplimentación y se refieren a la situación del paciente tras el alta.

Los campos referidos al motivo de ingreso y a la necesidad de cuidados específicos son campos obligatorios.





Segunda pestaña. Informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería al alta hospitalaria

ALTA HOSPITALARIA (30/09/2014) - SESPA - GONCALVES CORDERO, ANTONIO (47 Años)

Valoración | Informe alta hospital | **Cuidado**

Informe enfermería hospital Sí No Apoyo informal familia*(1=sí)

Persona de referencia Tlf. de referencia

Cuidador/a principal Vinculación con usuario/a

Resultado Escala de Barthel Resultado escala de Braden

D.E. no resueltos en el hospital Sí No Indique

Otra información de interés

Actividades de EpS Sí No Indique

Valoración por T.Social Sí No Derivación a T. Social de AP Sí No

¿Precisa y realizo nueva valoración enfermera tras este ingreso? Sí No

OBSERVACIONES

En la segunda pestaña apuntamos algunos de los datos del Informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería tras el alta.

En esta pestaña también se cubren las actividades de EpS, la posible derivación a trabajo social y la actualización de la valoración enfermera, si fuera necesario.





Tercera pestaña. Cuidados

Valoración | Informe alta hospital | Cuidado

Indique, brevemente, el plan de atención / cuidados

O elija las actividades e intervenciones de enfermería que considere oportunas

D.E.

ASISTENTE ENFERMERIA 1

Asistente

Aceptar Cancelar

Esta pantalla recoge datos importantes para realizar la continuidad de cuidados en caso de ser necesaria.

Aunque en la primera pestaña se ha indicado básicamente el motivo de los cuidados específicos que precisa este paciente, en esta tercera pestaña se permite un mayor detalle.

Inicialmente podría parecer que es una pestaña destinada a los profesionales de la enfermería. Sin embargo, el primer campo “Indique, brevemente, el plan de atención/cuidados” puede ser cumplimentado por cualquier profesional que esté atendiendo al paciente. Es un campo de texto libre en el que podríamos indicar la o las intervenciones que consideramos más oportunas.

Valoración | Informe alta hospital | Cuidado

Indique, brevemente, el plan de atención / cuidados





El segundo y tercer campo son más específicos de los profesionales de enfermería que pueden elegir entre:

1.- Indicar las actividades e intervenciones

O elija las actividades e intervenciones de enfermería que considere oportunas

--	--

D.E.

Marcar ACT. NICs Borrar

Para ello, pulsamos sobre el botón que pone "NICs". Al hacerlo se abre una ventana con el listado de intervenciones clasificadas por código y por descripción. Elegiremos aquella que es la indicada para este paciente

Por Código | Por Descripción

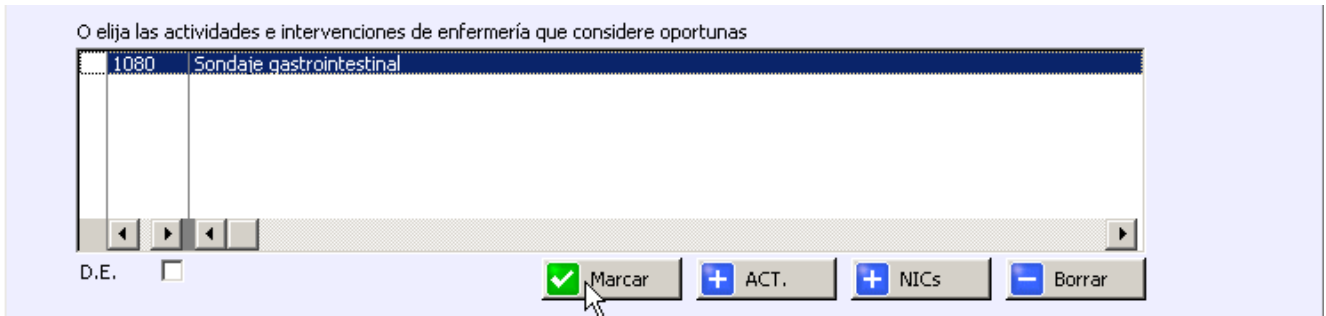
Código	Descripción
0940	Cuidados de tracción / inmovilización
0960	Transporte
1020	Etapas en la dieta
1030	Manejo de los trastornos de la alimentación
1050	Alimentación
1052	Alimentación por biberón
1054	Ayuda en la lactancia materna
1056	Alimentación enteral por sonda
1080	Sondaje gastrointestinal
1100	Manejo de la nutrición
1120	Terapia nutricional
1160	Monitorización nutricional
1200	Administración de nutrición parenteral total (NPT)
1240	Ayuda para ganar peso
1260	Manejo del peso
1280	Ayuda para disminuir el peso
1320	Asesoría

Definición: Inserción de una sonda en el tracto gastrointestinal

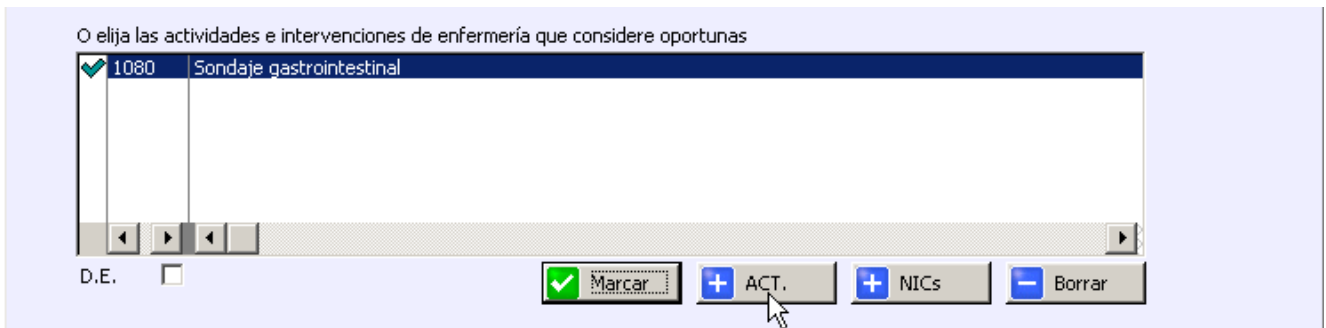
Elegir Cerrar

Una vez elegida la intervención, pulsaremos sobre elegir.

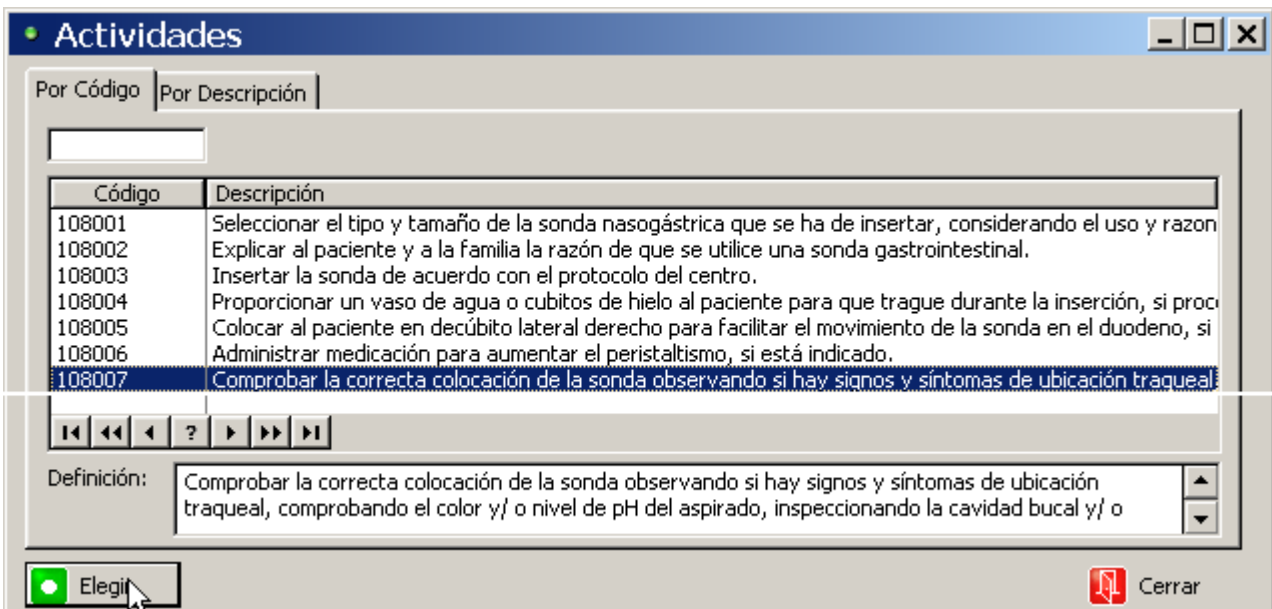




El siguiente paso es marcar la intervención para poder escoger las actividades relacionadas. Tenga en cuenta que podríamos haber elegido más de una intervención en este paciente.



Una vez marcada (aparece el signo de aceptación a su izquierda), pulsamos sobre el botón que pone "ACT."





Y se desplegará una ventana en la que podremos apreciar todas las actividades relacionadas con esa intervención.

Una vez escogida una actividad, pulsamos sobre “Elegir”

O elija las actividades e intervenciones de enfermería que considere oportunas

<input checked="" type="checkbox"/>	1080	Sondaje gastrointestinal
<input type="checkbox"/>	108007	Comprobar la correcta colocación de la sonda observando si hay signos y síntomas de ubicación traqueal, comp

D.E.

Marcar ACT. NICs Borrar

Podemos añadir todas las actividades que se vayan a realizar

O elija las actividades e intervenciones de enfermería que considere oportunas

<input checked="" type="checkbox"/>	1080	Sondaje gastrointestinal
<input type="checkbox"/>	108003	Insertar la sonda de acuerdo con el protocolo del centro.
<input type="checkbox"/>	108006	Administrar medicación para aumentar el peristaltismo, si está indicado.
<input type="checkbox"/>	108007	Comprobar la correcta colocación de la sonda observando si hay signos y síntomas de ubicación traqueal, comp

D.E.

Marcar ACT. NICs Borrar

2.- Crear un plan de cuidados específicos según la terminología enfermera

O establezca un plan de cuidados estandarizado

--	--

ASISTENTE ENFERMERIA 1

Para ello pulsaremos sobre el botón que pone “Asistente” y seguiremos los pasos básicos que nos orientan a la creación del plan.

