

COM HO FEM EN ELS CENTRES PER PREVENIR LES COMPLICACIONS DE L'HOSPITALITZACIÓ I GARANTIR LA SEGURETAT DELS PACIENTS?

XXII Congrés de la Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia

21-10-16

Sílvia Casas Tió

Cap d'unitat de Cures del CHV



Unitat Geriàtrica d'Aguts HUVic

Objectiu

Millorar la atenció dels pacients geriàtrics i fràgils a l'hospital d'aguts

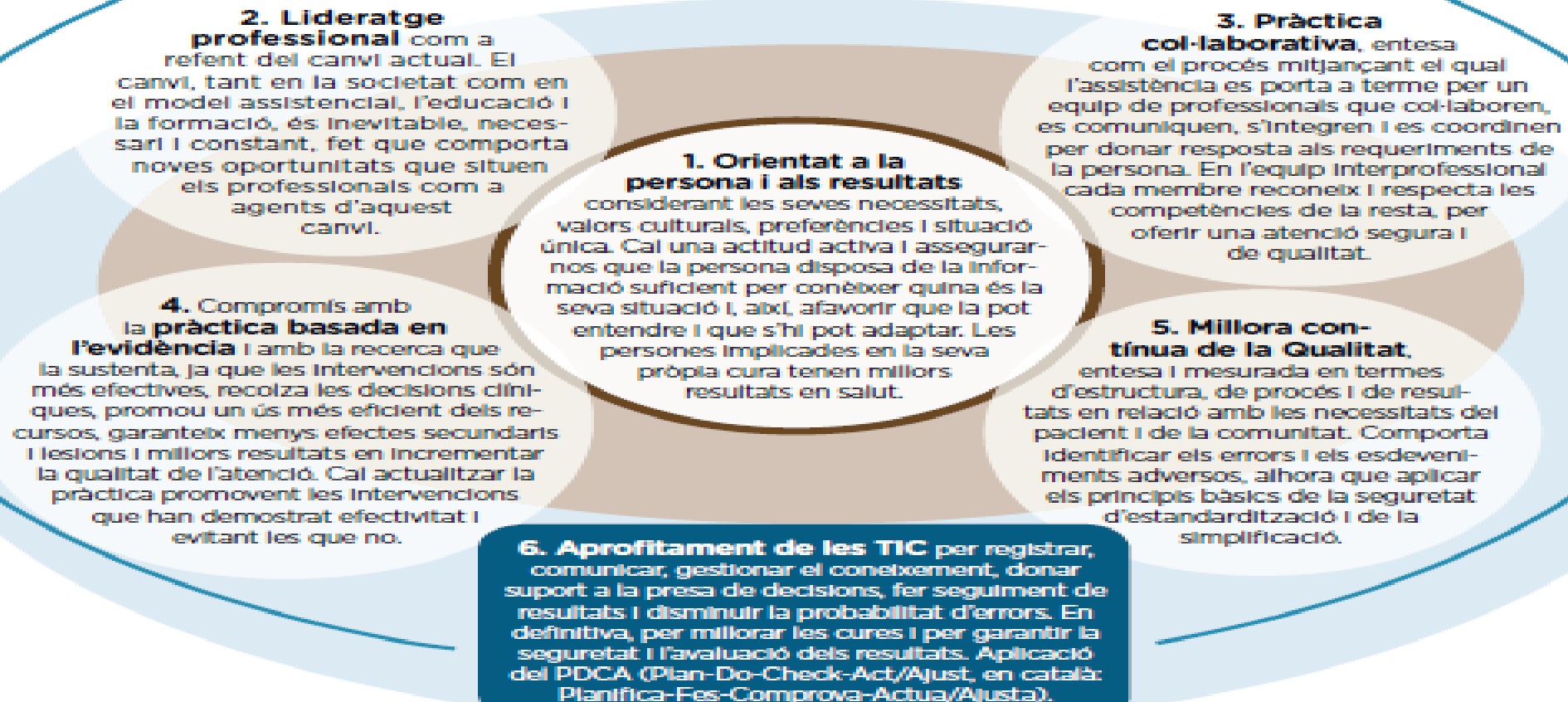
Model d'atenció

Atenció holística (Bio - Psico - Social - Espiritual) i transversal (pacients mèdics i quirúrgics) centrada en les necessitats de les persones



Model de Cures

Els sis eixos clau del nou Model de Cures



criteris d'ingrés a la unitat

Ø85 o més anys

Øi/o deteriorament cognitiu

Øi/o amb **malalties cròniques avançades** (identificats com a pacients NECPAL/MACA)

Valoració geriàtrica URG / Sol·licitud lit

Valoració geriàtrica bàsica (situació basal fa 1 mes)

Valoració Funcional: Dependència moderada (IB 85-25)

Valoració Cognitiva: Absència de deteriorament cognitiu

Valoració Social: Viu amb família/cuidador

Caigudes Úlceres Decubit Disfàgia
 Dispnea Síndrome Confusional Dolor

Data de valoració: 06-10-2015 08:40

Consorci Hospitalari de Vic

Acció Bloc Camp Registre Consulta Ajuda Ventana

Característiques sol·licitud lit [GPACALL]

EMARTINEZ (15344770) CHV HGVDDES

Pacient: [Redacted] Llit/Box: 6209

Data: [Redacted]

Habitació individual: Sí No

Fi de vida: Sí No

Descompensació emocional: Sí No

Aïllament: Sí No

Contacte: Sí No

Gotes: Sí No

Aeri: Sí No

Agitació: Sí No

Desorientació: Sí No

Diàlisi Peritoneal: Sí No

Neutropènia: Sí No

VNI: Sí No

Problemàtica Social: Sí No

Males Olors: Sí No

Traqueo Recent: Sí No

Històric

[Redacted]

Registro: 1/1 <OSC>

Acollida a la unitat



CONSORCI
HOSPITALARI
DE VIC

Direcció de Cures
Unitat Geriàtrica d'Aguts

Consells per cuidar els pacients geriàtrics

Sou a la **Unitat Geriàtrica d'Aguts**, una unitat formada per un equip de professionals de diferents disciplines –infermeres, auxiliars, metges, fisioterapeuta, treballador social, portalliteres– experts en tenir cura dels pacients fràgils, geriàtrics i amb malalties cròniques. El nostre objectiu és oferir a aquestes persones una atenció integral. Consulteu als professionals de la unitat davant qualsevol dubte.

Informació pràctica per ajudar-vos a tenir cura del pacient:

Alimentació

- El pacient ha de menjar assegut o ben incorporat al llit.
- Si té poca gana, cal que comenci pel segon plat, ja que és on hi ha la proteïna.
- Després de menjar és necessari fer higiene bucal.
- Per facilitar la digestió, cal mantenir el capçal del llit incorporat durant 45 minuts.

Evacuació

- Per anar al bany, cal fer-ho acompanyat per un familiar i/o pels professionals d'infermeria. Si per problemes de mobilitat no es pot, utilitzarem la cunya.
- En cas que el pacient porti sonda, s'ha d'evitar manipular-la.

Higiene

- Sempre que sigui possible, farem la higiene al lavabo per fomentar la mobilitat i l'autonomia del pacient, amb supervisió de l'equip d'infermeria i/o de la família. Quan no sigui possible, farem la higiene al llit, demanant la participació del pacient.
- Cal assecar bé la pell i hidratar-la amb crema. Cal evitar la colònia, doncs resseca la pell.

Mobilitat

- La mobilització precoç ajuda a la recuperació. És aconsellable que el pacient sigui i que camini, de manera progressiva i freqüent, ja sigui amb suport de la família i/o de l'equip d'infermeria. Si és necessari, es pot ajudar amb un bastó, caminadors...
- Per evitar caigudes, el pacient ha d'anar **sempre amb sabatilles tancades**.

Descans i acompanyament

- És essencial la comunicació amb el pacient durant el dia per mantenir les seves capacitats intel·lectuals: és recomanable estimular la conversa, la lectura...
- El repòs i la tranquil·litat són bàsics per garantir el confort i millorar la recuperació.
- Un entorn desconegut pot afavorir la desorientació. Recomanem la **companyia** de familiars, portar de casa algun element que els sigui familiar i reduir estímuls excessius.

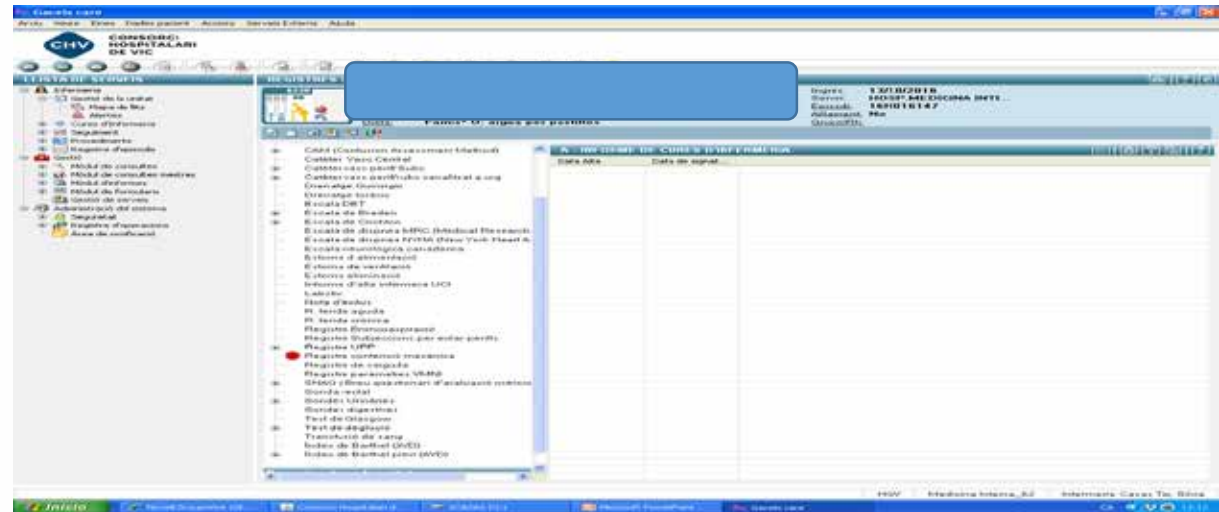


Entrevista/ Valoració

- Aspectes claus:
Entrevista personal
Valoració necessitats



- Valoració de riscos:
Barthel, Braden, Crichton, CAM
Test MECV-V, SNAQ



Planificar Pla de Cures Individualitzat



Pràctica Col·laborativa-1-

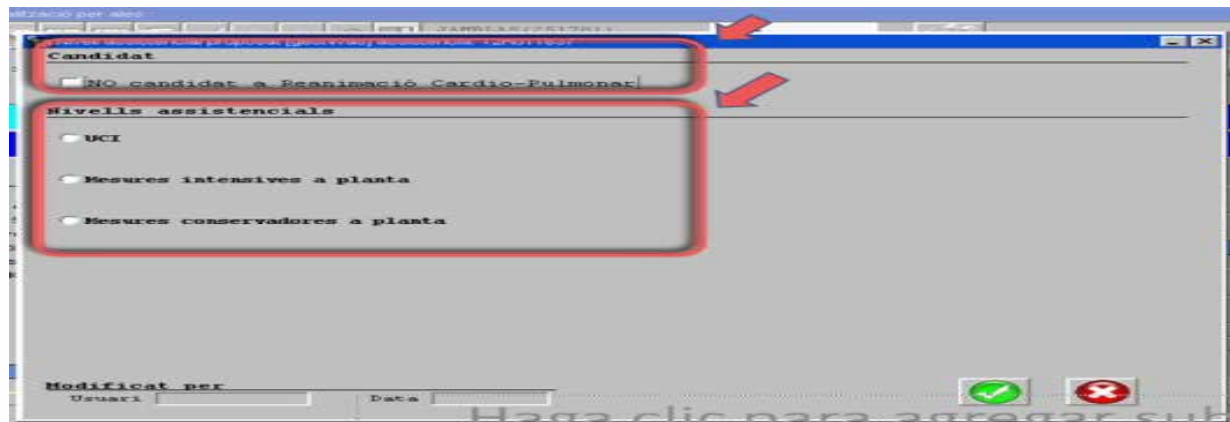
Sessió diària compartida per tots els membres de l'equip (Infermeres, Auxiliars, Metges, Fisioterapeuta, Dietista, Infermera d'enllaç) on s'acorden:

1. Objectius terapèutics



Pràctica Col·laborativa -2-

2. Nivell assistencial



Pràctica Col·laborativa -3-

3. Planificació precoç de l'alta / Continuitat de Cures

The screenshot displays the 'Consorci Hospitalari de Vic' medical software interface. The main window shows patient information for 'SCASAR (13184034)' with a date of admission of 10-10-2016. A 'Tipus d'alta' dialog box is open, showing a list of discharge types:

Codi	Descripció
1	PREALT DOMICILI
2	PREALT DOMICILI AMB ATDOM
3	PREALT SOCIOSSANITARI PSC
4	PREALT SOCIOSSANITARI MANLLEU
5	PREALT HOSPITALITZACIÓ DOMICILIÀRIA
6	PREALT HDG

The background interface includes a 'Continuïtat de cures' section with a table for recording care continuity:

Data/Hora	Professional	Comentari

Lideratge professional: professionals infermers

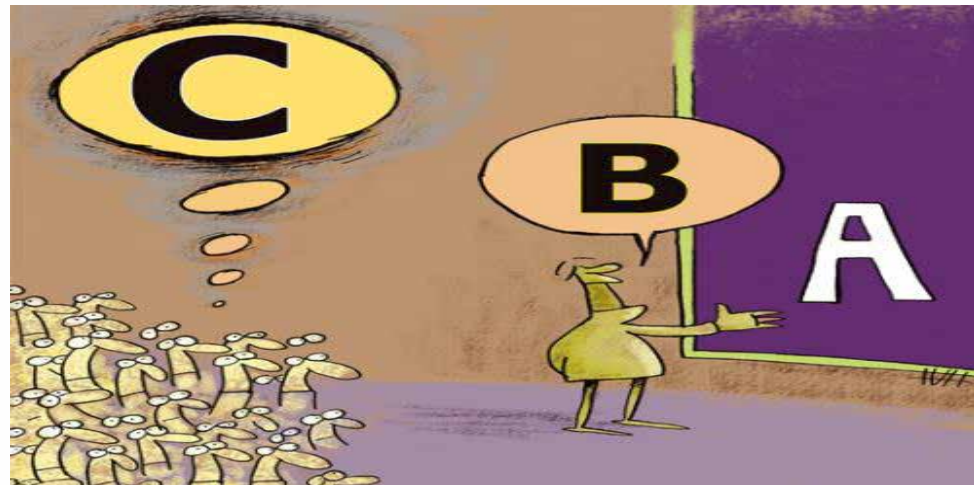
Exerceix el lideratge del dia a dia de la unitat amb una actitud pro activa en la prevenció de les complicacions, vetllant per la seguretat del pacient



Comunicació-1-

Portar a terme una comunicació efectiva

- Principals causes d'errors lligats a la comunicació:
 - Comunicació ineficient
 - Traspassos ineficients



Comunicació-2-

Establir intervencions efectives en els processos de transferència/ traspàs d'informació

- Canvi de torn : tres nivells Auxiliar entrant/ Auxiliar sortint
Infermera sortint/ Equip entrant
Equip entrant (infermera / auxiliar)

Element de suport:
resum de pacients



Resum de Pacients v3

Llit: 6203 - HOSP.MEDICINA INTERNA
Al·lèrgies: No conegudes
Dietes: Sense greixos*, Sense sal*
A.P.: MPOC, Malaltia renal crònica
Barthel:
C.Incont.: NO **R.Subjecció:**
Observacions:

Diagn.: Pneumònia LIE FINE V
Niv.Assist.: UCI

Data Ingress: 04/10/2016 **Edat:** 82 a
Metge: MASCARO **Data IQ:** //

Aïllaments: No hi ha registres
Proced.: No hi ha registres

Mobilització: Sedestació i bany
Drenatges: NO

Disfàgia: NEGATIU
Caigudes:

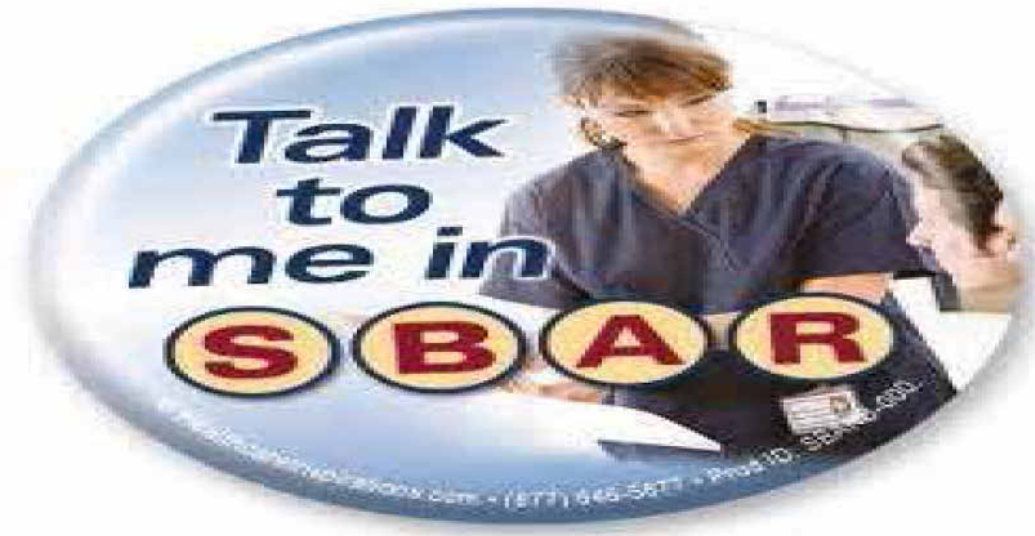


Comunicació-3-

-Intratorn : Brífings







- Comunicació en situacions de descompensació dels pacients: ISBAR

- I Introducció
- S Situació
- B Antecedents
- A Avaluació
- R Recomanació



Identificació Precoç

Detecció precoç dels pacients amb deteriorament clínic : MEWS

Nivell	Condició	Caract.Pacient	Freqüència	Color VC	Icona	Resp.Clinica	Trucar
<input type="checkbox"/> Nivell 0 (Sense Risc)	PTA: 0						
		Qualsevol	Cada 24 hores			Igual Pauta	No
<input type="checkbox"/> Nivell 1 (Risc Baix)	PTA: 1 - 3						
		Qualsevol	Cada 12 hores			Revisar variables alterades	No
<input type="checkbox"/> Nivell 2 (Risc mig)	PTA: 4 - 5						
		Qualsevol	Cada 8 hores			Control i revisió variables alterades	No
<input type="checkbox"/> Nivell 3 (Risc moderat)	PTA: 6 - 7						
		Qualsevol	Cada 8 hores			Control i revisió variables alterades. Trucar metge responsable	No
<input type="checkbox"/> Nivell 4 (Risc Alt)	PTA: >=8						
		Qualsevol	Cada 6 hores			Requereix actuació immediata	No

Exemple MEWS:

5227

71

Pacient: [redacted]

A.P.: [redacted]

Diagnòstic: [redacted]

Al·lèrgies: [redacted]

Dieta: [redacted]

GRÀFICA Bloquejar

FC	T ²	TD	TS
250	42,0	230	230
221	40,9	205	205
192	39,8	180	180
164	38,6	155	155
135	37,5	130	130
106	36,4	105	105
78	35,2	80	80
49	34,1	55	55
20	33,0	30	30

PRESES

	24/11/2015	25/11/2015
	TNH	TMH
	23:45	08:00
TENSIÓ SISTÒLICA(mm Hg)	114	138
TENSIÓ DIASTÒLICA(mm Hg)	70	83
FREQ CARD(ACA)(bpm)	115	111
TEMPERATURA(° C)	36,7	35,8
DIURESI(cc)	✓	400
DOLOR (Escala EVA)(Unitat EVA)	11	6
Intensitat del dolor	Lleu	Moder
SAT. D'OXIGEN(%)	94	94
MEWS HUV(u.)	2	6

LÍQUIDS

	24/11/2015	25/11/2015
	TNH	TMH
E Total torns		
S DIURESI		400
S Total torns		400



5227

82

INTERVENCIONS

Les intervencions que portem a terme van encaminades a detectar/ prevenir:

- q Deteriorament Funcional
- q Síndrome Confusional
- q Desnutrició/ Deshidratació
- q Disfàgia Orofaríngia
- q Restrenyiment
- q UPP
- q Caigudes
- q Incontinència Urinària / RAO
- q Errors en la preparació i administració de fàrmacs

Estat funcional -1-

Reduir al mínim la pèrdua funcional generada per la hospitalització

1er pas: Conèixer l'estat basal del pacient

2on pas: Establir el pla funcional

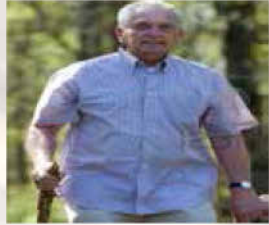
Grup 1: pacients independents per les ABVD i amb mínima pèrdua funcional

Grup 2: pacients independents per les ABVD, però amb pèrdua funcional severa

Grup 3: pacients amb funcionalitat basal limitada amb alt risc de davallada durant l'ingrés

Grup 4: pacients amb gran dependència basal

Estat funcional -2-



Grup 1: Maneig pels professionals de la unitat



Grup 2: Cal suport de l'equip de RHB



Grup 3: Cal suport de l'equip de RHB



Grup 4: Maneig pels professionals de la unitat

Síndrome confusional

Aspectes claus: Detecció i Prevenció

1. Detecció: Escala CAM (Confusion Assessment Method)

Resultat negatiu: Diagnòstic Risc de SCA

Resultat positiu: Diagnòstic SCA



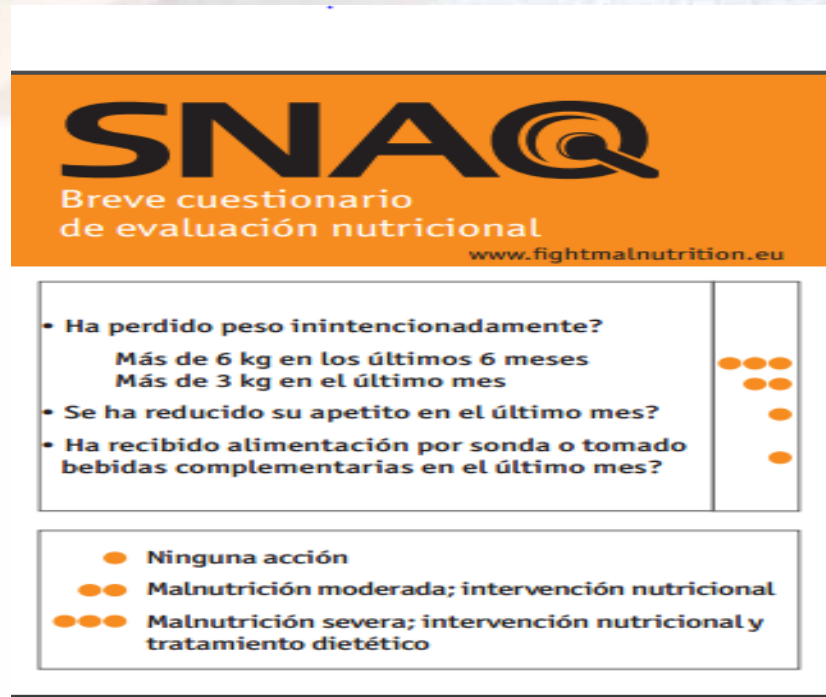
2. Activitats de Prevenció dirigides a:

- Promoure la orientació de la persona
- Minimitzar dèficits sensorials
- Mesures ambientals
- Mesures físiques (Rondes de seguretat)
- Suport a la família



Desnutrició / Deshidratació

Detectar risc desnutrició a l'ingrés, vetllar per evitar desnutrició durant la estada hospitalària



SNAQ
Breve cuestionario de evaluación nutricional
www.fightmalnutrition.eu

- Ha perdido peso inintencionadamente?
Más de 6 kg en los últimos 6 meses
Más de 3 kg en el último mes
- Se ha reducido su apetito en el último mes?
- Ha recibido alimentación por sonda o tomado bebidas complementarias en el último mes?

● Ninguna acción
●● Malnutrición moderada; intervención nutricional
●●● Malnutrición severa; intervención nutricional y tratamiento dietético

0%	No ha menjat res
33%	Ha menjat una mica de cada plat sense completar-ne cap o només 1er. plat
66%	S'ha menjat tot el 2on. plat i una mica del primer i postres o només 2on. plat
100%	Ingesta complerta

Disfàgia -1-

Vetllar per una ingesta segura

A l'ingrés realitzem el Test MECV-V(mètode d'exploració clínica volum-viscositat) a líquids

Propietat	Valor
TEST DE DEGLUCIO	
Data i hora realització	25/09/2016, 16:30
Realitzat per	Casac Tio, Silvia
Està indicat el test?	
Sat d'O2 basal abans del Test	
Sat d'O2 en el moment de fer Test deglució	
Diminució de Sat basal d'O2 = 3 punts	
Consistència pudding	
Presència de tos	
Canvi de veu	
Residu oral	
Deglució fraccionada	
Consistència nectar	
Presència de tos	
Canvi de veu	
Residu oral	
Deglució fraccionada	
Consistència líquida	
Presència de tos	
Canvi de veu	
Residu oral	
Deglució fraccionada	
OBSERVACIONS	
RESULTAT DEL TEST	

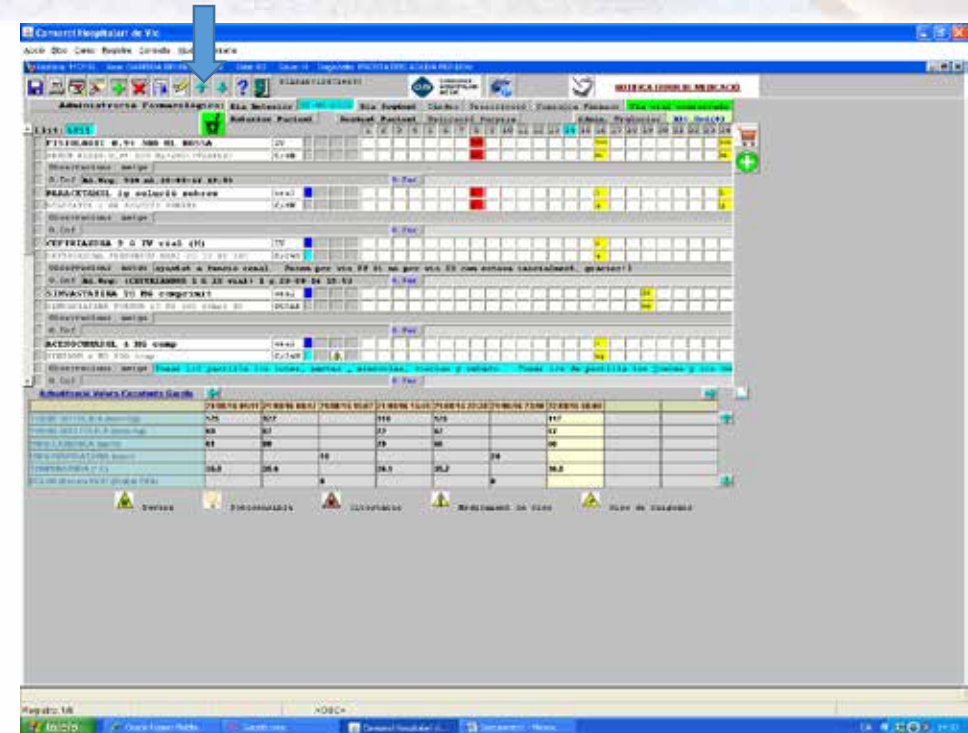
Disfàgia-2-

RESULTAT DEL TEST POSITIU:

Pengem cartell " alerta tinc risc
ennuegament



Activem icona triturat a fàrmacs
(pantalla administració i
prescripció)



Disfàgia-3-

Informem/formem a la família de les mesures a seguir

Adaptem textura dieta, líquids, fàrmacs...

Rondes de seguretat durant la ingesta per donar suport i detectar signes d'alerta



CONSORCI
HOSPITALARI
DE VIC

Direcció de Cures
Hospitalització

Recomanacions per tractar la disfàgia

Què és la disfàgia?

És la dificultat per empassar aliments i/o líquids. Les persones grans tenen més possibilitats de patir-ne per la pèrdua de dentició, la disminució dels reflexes, el deteriorament muscular o la boca seca. Abans de començar a menjar o beure, els professionals d'infermeria valoraran si la persona té disfàgia i, si és així, s'adequaran les textures dels aliments i dels líquids.



Mesures a tenir en compte durant l'estada a l'hospital i a casa:

Abans d'iniciar la ingesta

- El pacient ha d'estar ben despert.
- Adequar la postura del cos i del cap. La millor postura és assegut a la cadira en angle recte i els peus recolzats a terra, doncs facilita empassar i redueix el risc d'ennuegament. Si no fos possible, incorporarem el llit a en angle recte.
- Quan faci el gest d'empassar, el cap ha d'estar flexionat amb el mentó mirant avall. Si costa aguantar el cap en aquesta posició, ens podem ajudar de coixins.
- Procurar un entorn tranquil.

Durant la ingesta

- Si el pacient no es pot péixer sol, el cuidador se situarà assegut davant seu (no al costat). Els ulls del cuidador han d'estar a la mateixa alçada que els del pacient.
- Els aliments cal que estiguin tebis: com més freds, més s'estimula la deglució.
- Respectar els temps per menjar: uns 30-45 minuts per àpat.
- No donar cap altre cullerada fins que s'hagi empassat completament l'anterior.
- En cas de dietes triturades, fer servir la cullera de postres. Si no és possible i cal utilitzar una cullera gran, omplir-ne només una tercera part.
- Utilitzar l'espessant per als líquids, sempre que els professionals ens ho hagin indicat.
- Avisar al pacient que no és aconsellable donar conversa perquè es pugui centrar en menjar.
- NO utilitzar canyetes per beure líquids.
- Vigilar que no quedin restes de menjar a la boca.
- Garantir que begui aigua o altres líquids amb espessant per evitar la deshidratació.
- Davant qualsevol símptoma com tos, canvi de veu o restes d'aliments a la boca que no acaba d'empassar, no donarem més aliment i avisarem als professionals d'infermeria.

Després de menjar

- Mantenir el pacient en posició incorporada durant 30-60 minuts.
- Fer higiene bucal després de cada àpat.
- Avisar als professionals d'infermeria si té tos.



SOCIETAT CATALANA DE
GERIATRIA I GERONTOLOGIA

Restrenyiment -1-

Dia ingrés : Valorem hàbits deposicionals , avaluem la presencia de restrenyiment a l' ingrés

CHV CONSORCI HOSPITALARI DE VIC

Pacient: 8230 - MARIA ROCA SARGATAL

Data: 17/02/2016

Preses	Valors	UM	Característiques
TENSIO SISTÒLICA		mm Hg	
TENSIO DIASTÒLICA		mm Hg	
FREQ CARDÍACA		bat/m	
FREQ RESPIRATÒRIA		rpm	
TEMPERATURA		°C	
DOLOR (Escala EVA)		Unitat EVA	
Intensitat del dolor			
SAT-DIOXIGEN		%	
INGESTA		%	
SARRES		g	
TENSIO SISTÒLICA			
TENSIO DIASTÒLICA			
FREQ CARDÍACA			
FREQ RESPIRATÒRIA			
TEMPERATURA			
DOLOR (Escala EVA)			
Intensitat del dolor			
SAT-DIOXIGEN			
INGESTA			
DIURESI			
DEPOSICIONS			
GLUCEMIA CAPIL·LAR (mg/dl)			
GLUCEMIA CAPIL·LAR (mg/dl)			
VOL-DIOXIGEN			
TENSIO ARTERIAL (mmHg)			

17/02/2016

17/02/2016

17/02/2016

17/02/2016

CHV CONSORCI HOSPITALARI DE VIC

Pacient: 8230 - MARIA ROCA SARGATAL

Data: 17/02/2016

Valors Discrets seleccionats

Elements:

- Després microenema
- Després enema
- Extracció manual de fecaloma
- Poca quantitat
- Abundant
- Melenes
- Restes melenes
- Rectòria
- Hemàtica
- Líquida
- Semilíquida
- Pastosa
- Mucosa
- Gramosa
- Caprins
- Verdosa
- Groga

17/02/2016

17/02/2016

17/02/2016

17/02/2016

Restrenyiment -2-

Durant l' Ingrés:

Seguiment Ritme deposicional
c/24H



Imp0394236258937645889.pdf - Adobe Reader

Hospital : HGV Unitat : Medicina Interna_62

Deposicions

Ingrés	16/08/16	17/08/16	18/08/16	19/08/16	20/08/16	21/08/16	22/08/16
17/08/2016			0	0		5	3
20/08/2016					0	0	
16/08/2016		0	2	1	0	1	1
09/08/2016	0	0	0	0	1	0	
05/08/2016	1	2	2	2	2	3	1
21/08/2016						0	
20/08/2016						1	
21/08/2016						1	1
17/08/2016		1	3	0		0	2
19/08/2016				4	3	2	1
18/08/2016				1	1	1	1
17/08/2016		0	2	1	1	0	
21/08/2016							
13/08/2016	1		2	1	1	0	1
18/08/2016				0	0	2	
17/08/2016				0	1	0	
19/08/2016				0	2	0	
17/08/2016			0	1	1	0	

Restrenyiment-3-

Algoritme Seguiment:

Dia 1 : Mesures higiènic - dietètiques

Instaurar dieta laxant, assegurar hidratació, prescripció de laxants orals condicionals

Dia 2: Micralax via rectal torn tarda si no deposicions. Si no és efectiu



Dia 3: Ènema de neteja matí si no deposicions durant la nit



UPP

Mantenir la integritat de la pell

Detecció i aplicació de mesures segons nivell de risc

Mesures generals de prevenció:

- Valoració de l'estat de la pell per torn
 - Hidratació dels punts de risc
- Higiene acurada de la pell, mantenir-la seca
 - Mobilització precoç
 - Ingesta e hidratació adequats

Risc moderat / alt:

- Superfície dinàmica
- Coixí viscoelàstic
- Canvis posturals
- Àcids grassos punts de risc



Caigudes

Avaluar història prèvia de caigudes i detecció del risc a l'ingrés

Mesures de prevenció Standard:

- Calçat adequat
- Posició del llit baix
- Ús de baranes
- Accés al timbre...
- Espais lliures d'obstacles
- Mobilitzacions amb suport
- Identificar pacient amb risc alt

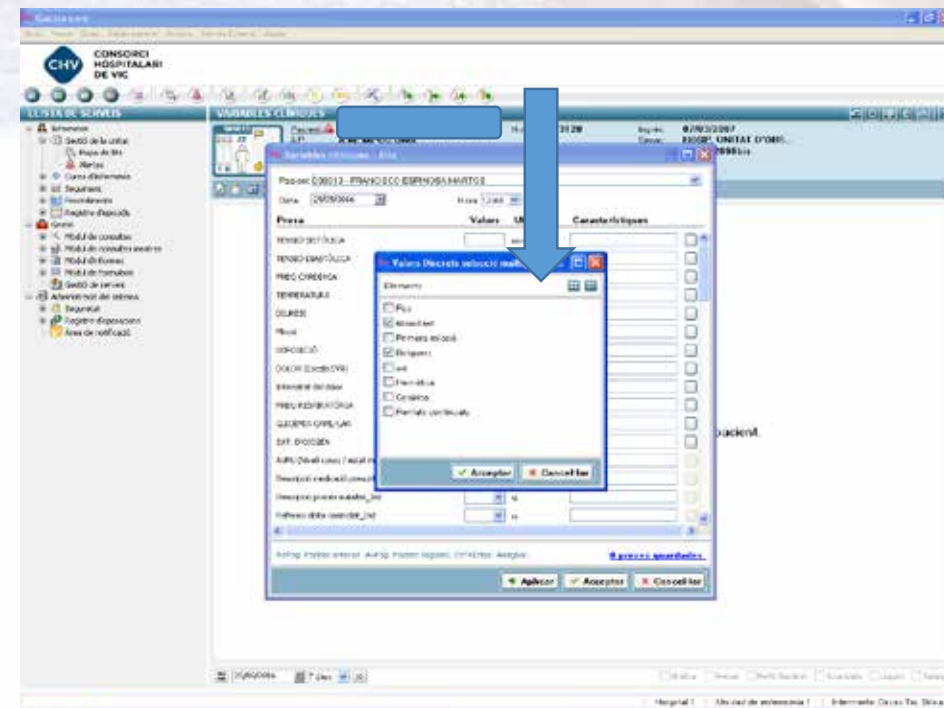
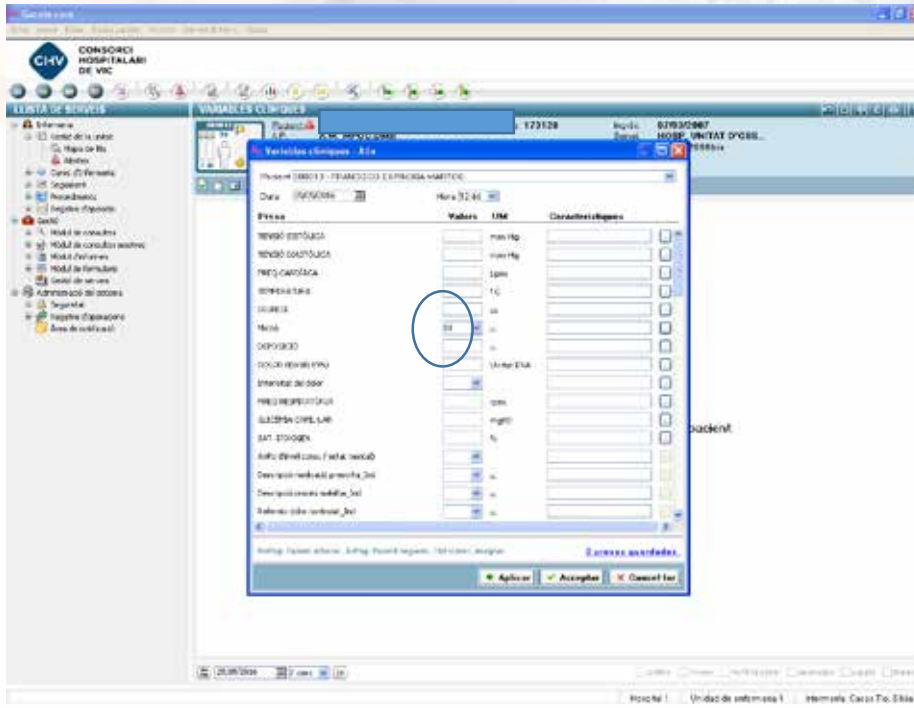


Incontinència urinària

- Valorar diagnòstic previ d'incontinència i aplicar cures d'incontinència
- Minimitzar la incontinència vinculada a l'ingrés
 - Tractar les síndromes associades: delírium, immobilitat, polimediació, restrenyiment
 - Promoure autonomia i ús del bany
 - Evitar ús innecessari de sondes vesicals, bolquers

Risc retenció

Vigilància per descartar RAO (Control de micció, exploració,etc)



Adequació dels fàrmacs -1-

- Durant l'ingrés:

Garantir seguretat durant la preparació i administració de fàrmacs



1. Explicar règim terapèutic abans de l'administració
2. Adequar les presentacions segons preferències / necessitats
3. Detectar reaccions adverses als fàrmacs

Adequació dels fàrmacs -2-

- A l'alta:

- § Revisió i adequació del tractament (conciliació dels fàrmacs)

- § Explicar el tractament a seguir



Les intervencions dirigides a millorar la seguretat del pacient tenen un impacte clar en :

- Disminució d'Esdeveniments Adversos
- Resultats
- Estades
- Milloren l'Experiència del Pacient

Atenció Centrada a la Persona





Moltes gràcies per la vostra atenció
scasas@chv.cat

