

18 artículo

Juan José Jurado Balbuena [[Buscar autor en Medline](#)]

María Pilar Marcos Calvo [[Buscar autor en Medline](#)]

Lucía Serrano Molina [[Buscar autor en Medline](#)]



Buenas prácticas de cuidados: creando procesos seguros

[Ver resúmen y puntos clave](#)

[Ver texto completo](#)

[Volver al sumario](#)

Texto completo

En este capítulo pasamos a detallar 5 actividades de cuidados muy frecuentes en la actividad diaria de los centros de salud. Gran parte de estas actividades es desarrollada por los profesionales de enfermería. Queremos resaltar su importante papel en facilitar una atención segura a nuestros pacientes revisando cómo conseguir buenas prácticas de cuidados en el día a día.

Prevención de úlceras por presión

Las úlceras por presión (o lesiones por presión, escaras o lesiones por decúbito) son áreas en las que la piel y el tejido subyacente presentan un daño localizado, causado por la presión, cizallamiento o rozamiento.

Generalmente se producen en las prominencias óseas, como la base de la columna vertebral, los talones y las caderas, y son más comunes en personas con movilidad reducida, lesiones de la médula espinal, enfermedades agudas severas (pacientes en la UCI) y personas mayores^{1,2}. La prevención se considera la forma más efectiva de enfrentarse a las lesiones por presión, y la calidad de los cuidados de enfermería son el factor clave para manejar este riesgo, sin embargo, no está claro hasta qué punto pueden prevenirse. Las medidas de prevención se dividen en diferentes áreas: identificación de los individuos con mayor riesgo de desarrollar úlceras por presión, cambios posturales y uso de superficies que alivien la presión, y nutrición.

Las revisiones sistemáticas han revisado la efectividad de las escalas de evaluación del riesgo, los cambios posturales, las superficies de apoyo y los suplementos nutricionales para la prevención de las lesiones por presión.

Escalas de evaluación del riesgo

Lo primero para prevenir las lesiones por presión es utilizar una escala de evaluación del riesgo para identificar a las personas "con riesgo". Una escala de evaluación del riesgo es un instrumento para determinar una puntuación, en función de una serie de parámetros considerados factores de riesgo. En la práctica clínica se utilizan habitualmente la escala de Braden, la escala de Waterlow y diferentes versiones de la escala de Norton³.

Uno de las limitaciones de estas escalas es que no existe consenso sobre los puntos de corte de las mismas, es decir, que no hay indicios claros de que los pacientes con riesgo desarrollen úlceras por presión y de si se deben iniciar medidas preventivas o no.

La revisión sistemática que consideró la efectividad de las escalas sugirió que actualmente no hay evidencia suficiente para afirmar que el uso de escalas de evaluación del riesgo en la práctica clínica reduzca la incidencia de úlceras por presión. Sin embargo, un estudio demostró que pueden mejorar la provisión de superficies que alivian la presión mientras que otro afirmó que pueden ser útiles, ya que a menudo hacen que se implanten antes y de forma más frecuente las intervenciones preventivas.

La **escala de Braden** demostró tener los mejores indicadores de validez y fiabilidad y es la más utilizada en diferentes ámbitos. La **escala de Norton** fue clasificada la segunda en términos de validez y requiere una nueva validación. Aunque la **escala de Waterlow** tiene una capacidad de predicción del riesgo buena y una alta sensibilidad, su especificidad

bibliografía

1. Reddy M, Sudeep GS, Rochon PA. Preventing Pressure Ulcers: A Systematic Review. JAMA 2006; 296(8): 974-984.
2. Cultum N, McInnes E, Bell-Sayer SEM, Legood R. Eupport surfaces for pressure ulcer prevention. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 3
3. Pancorbo-Hidalgo PL, García Fernández FP, López-Medina IM, Álvarez-Nieto C. Risk assessment scales for pressures ulcer prevention: a systematic review. Journl of Advanced Nursing 2006;54(1):94-110
4. Langer G, Schloemer G, Knerr A, Kuss O, Behrens J. Nutritional interventions for preventing and treating pressure ulcers. Cochrane Database of Systematics Reviews 2003, Issue 4.
5. Lesley D Gillespie, M Clare Roberston, Wiliam J Gillespie, Sarah E Lamb, Simon Gates, Robert G Cumming, Brian H Rowe. Intervenciones para la prevención de caídas en personas de edad avanzada que residen en la comunidad. (Revisión Cochrane traducida) En Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.

[Ver más](#)

enlaces

No hay enlaces de interés



es baja, lo que significa que la escala determina que están en riesgo muchos pacientes que en realidad no lo están, lo que resulta en un mayor gasto en medidas preventivas.

Tanto la escala de Braden como la escala de Norton demostraron ser mejores en la predicción del riesgo que el juicio clínico de las enfermeras.



Superficies de apoyo

Superficies de apoyo de presión constante de baja tecnología

Ocho ensayos clínicos aleatorios compararon diferentes tipos de superficies de apoyo de presión constante de baja tecnología, incluidas espumas, superficies de apoyo estáticas rellenas de aire, agua, gel o bolitas, superficies ergonómicas, o rellenas de fibras de silicona, elevadores de talones y pieles de cordero².

Un ensayo consideró los efectos de la piel de cordero sobre la incidencia de úlceras por presión, demostrando que la incidencia se redujo significativamente en los pacientes a los que se les asignó una piel de cordero médica australiana².

Otro ensayo comparó un colchón de presión constante compuesto por 21 bolsas dobles de aire en la base con el colchón estándar de hospital y descubrió que el 37% de los pacientes con el colchón estándar desarrolló úlceras por presión, comparada con ninguna para el colchón intervención². El resto de estudios no demostró resultados estadísticamente significativos.

Superficies de apoyo de presión alternante

En general, los ensayos clínicos que examinaron las superficies de apoyo de presión alternante estaban mal redactados y eran muy pequeños, y por lo tanto, se necesitan más ensayos para determinar su efectividad clínica².

Cojines

Tres ensayos clínicos aleatorios compararon diferentes tipos de cojines. Un estudio comparó una plancha de espuma con un cojín de espuma ergonómico y no encontró ninguna diferencia. Otro comparó el cojín para silla de ruedas de gel y espuma de Jay con un cojín de espuma en 141 pacientes, y se produjeron menos lesiones por presión en el grupo intervención, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa. El tercer ensayo comparó una plancha de espuma biselada en la base con un cojín de espuma ergonómico con una parte posterior recortable y no encontró diferencias en la incidencia de úlceras por presión².

Cambios posturales

Cambiar al paciente de posición cada cierto tiempo (2 horas habitualmente) es una de las recomendaciones que más se hace en todos los protocolos de prevención de úlceras por presión.

Los ensayos clínicos que han evaluado las diferentes estrategias de cambios posturales comparando diferentes periodicidades o diferentes posiciones, no han resultado concluyentes para recomendar una u otra estrategia, aunque sí parece que combinar los cambios posturales cada dos horas con el uso de colchones especiales de espuma puede reducir las úlceras por presión¹.

Mejorar la nutrición

Existe evidencia que asocia una mala nutrición a la incidencia y severidad de las úlceras por presión^{1,4}. Algunos estudios incluyen los suplementos nutricionales mixtos como una intervención. Los suplementos nutricionales mixtos incluían suplementos de proteínas, vitaminas, carbohidratos y lípidos, etc.

En estos estudios no se ha podido concluir que el uso de estos suplementos reduzca el riesgo de padecer una úlcera por presión, salvo uno de ellos que concluye que los pacientes de más de 65 años que reciben 2 suplementos orales más dieta estándar presentan menos posibilidades de tener una úlcera frente a aquellos que sólo recibieron la dieta estándar⁴.

Cuidado de la piel

Una revisión sistemática reciente de la Conference of the European Wounds Management Association (EWMA), consistente en datos de 4 ensayos clínicos aleatorios y 3 estudios observacionales, encontró que en el metanálisis, el riesgo relativo de desarrollar una úlcera por presión de grado 1 favorecía al grupo de HFA versus el placebo. La administración tópica de HFA se utiliza como medida preventiva de las úlceras por presión en varios países europeos¹.

Conclusiones

Las úlceras por presión son prevenibles en muchos casos. Un enfoque preventivo será menos costoso que uno que se centra en el tratamiento de las úlceras ya establecidas. Las recomendaciones, según el grado de evidencia serían:

- Los cambios de posición del paciente deben evitar la presión directa sobre las prominencias o superficies óseas del cuerpo (Grado B)
- La evaluación del riesgo debe realizarse con una herramienta validada, e incluir una valoración nutricional. (Grado B)
- La administración diaria de 2 suplementos nutricionales orales puede beneficiar a las personas mayores para recuperarse de una enfermedad aguda y para reducir la incidencia de lesiones por presión. (Grado B)
- La escala de Braden indica una validación óptima en la predicción del riesgo de úlcera por presión (Grado B)
- Los colchones de espuma pueden reducir la incidencia de úlceras por presión en personas con riesgo, comparado con los colchones estándar. (Grado B)

Prevención de caídas

Definimos caídas como una precipitación al suelo repentina e involuntaria. Por su frecuencia y por las graves consecuencias que puede ocasionar es un problema importante. Los estudios prospectivos llevados a cabo han informado que entre el 30% y el 60% de los ancianos que viven en la comunidad experimentan una caída anual y aproximadamente la mitad de ellos experimenta múltiples caídas (Rubenstein 2002).

Entre el 5% y el 10% de los ancianos que viven en la comunidad y que experimentan una caída anual sufre una lesión grave, como una fractura, un traumatismo craneoencefálico o un desgarro grave.

Los factores de riesgo de las caídas han sido identificados por estudios epidemiológicos. Estos factores se resumen en la guía creada por la American Geriatrics Society, la British Geriatrics Society y la American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention (AGS/BGS 2001). Cerca de 15% de las caídas son resultado de un evento externo que provocaría la caída en la mayoría de las personas, una proporción similar tiene una única causa identificable como síncope o enfermedad de Parkinson, y el resto resulta de diferentes factores que interactúan (Campbell 2006).

Las intervenciones que se recomiendan y que han demostrado efectividad para los diferentes enfoques de prevención de caídas en la comunidad en personas de edad avanzada se analizan a continuación. Cabe destacar que estas intervenciones pueden no ser aplicables a las personas de edad avanzada con demencia, ya que la mayoría de los estudios incluidos las suelen excluir.

Ejercicio

En términos generales, el ejercicio es una intervención efectiva para reducir el riesgo y la tasa de caídas. Tres enfoques diferentes parecen tener efectos beneficiosos importantes. Los ejercicios en grupo de componentes múltiples reducen la tasa y el riesgo de caídas. El Tai-Chí como ejercicio grupal reduce la tasa y el riesgo de caídas. Los ejercicios prescritos de forma individual realizados en el hogar reducen la tasa y el riesgo de caídas, pero no hay evidencia para apoyar esta intervención en las personas con deterioro visual grave o problemas de movilidad después de un accidente cerebrovascular, o una fractura de cadera.

Intervenciones multifactoriales

Las intervenciones multifactoriales que integran la evaluación con la intervención individualizada, en general a cargo de un equipo de varios profesionales, son efectivas para reducir la tasa, pero no el riesgo de caídas. No existen pruebas acerca de que la evaluación y la intervención son más efectivas que la evaluación y la derivación, o que las intervenciones multifactoriales sean más efectivas para los participantes seleccionados como de alto riesgo de caídas.

Evaluación e intervención ambiental

En términos generales, las intervenciones de seguridad en el hogar no parecen reducir la tasa o el riesgo de caídas. Aunque las pruebas publicadas hasta el presente son relativamente limitadas, las personas con mayor riesgo de caídas pueden beneficiarse. En un estudio, un dispositivo antideslizante para el calzado en suelos cubiertos de hielo redujo de forma significativa las caídas producidas en exteriores en invierno.

Intervenciones farmacológicas

Hay pruebas limitadas sobre la efectividad de las intervenciones farmacológicas (por ejemplo la retirada de los psicotrópicos, programas educativos para médicos de familia).

En términos generales, la vitamina D no parece ser una intervención efectiva para la prevención de caídas en las personas de edad avanzada que viven en la comunidad, pero hay pruebas provisionales acerca de que pueden reducir el riesgo de caídas en las personas con niveles bajos de vitamina D.

Prevención de caídas en las personas con problemas de salud particulares

Visión deficiente:

En las personas con deterioro visual grave, hay pruebas de un ensayo acerca de la efectividad de una intervención de seguridad en el hogar, pero no una intervención de ejercicios. La efectividad de otras intervenciones para el deterioro visual en las personas de edad avanzada es incierta, aunque la cirugía de cataratas de urgencia para el primer ojo en las personas de una lista de espera reduce de forma significativa la tasa de caídas en comparación con los controles en lista de espera. Las personas de edad avanzada pueden presentar un mayor riesgo de caídas en el periodo de adaptación al uso de gafas o cambios importantes en la prescripción

Trastornos cardiovasculares:

Las pruebas de un único estudio indican que la estimulación cardíaca con marcapasos en las personas con hipersensibilidad del seno carotídeo y antecedentes de síncope o caídas reduce la tasa de caídas.

Trastornos neurológicos:

El riesgo de caídas no se redujo de forma significativa con la fisioterapia domiciliaria para las personas con enfermedad de Parkinson o la fisioterapia comunitaria para las personas con problemas de movilidad relacionados con un accidente cerebrovascular. Los análogos de vitamina D no fueron efectivos para reducir la tasa de caídas en las personas con enfermedad de Parkinson.

Seguridad en cirugía menor.

La Cirugía Menor (CM) incluye una serie de procedimientos quirúrgicos sencillos y generalmente de corta duración, realizados sobre tejidos superficiales y/o estructuras fácilmente accesibles, bajo anestesia local, que tienen bajo riesgo y tras los que no son esperables complicaciones postquirúrgicas significativas. Cada vez se practica más CM en Atención Primaria porque disminuye las listas de espera para los usuarios, es accesible y aumenta la capacidad resolutoria de los médicos de Atención Primaria.

En CM no se penetran cavidades corporales cerradas, por lo que no precisa de un quirófano convencional ni un entorno estéril. No obstante, sería conveniente para un trabajo seguro y satisfactorio, disponer de un área quirúrgica destinada a dicha actividad provista de todo el material necesario para las intervenciones.

Para practicar una Cirugía Menor segura no hay que olvidar dos puntos fundamentales

- la necesidad de contar con un sistema de esterilización de material adecuado, a ser posible supervisado periódicamente por el servicio de Medicina Preventiva de referencia.
- existencia de material para RCP.

Es imprescindible la existencia de colaboración estrecha entre las especialidades implicadas en el programa: Cirugía, Dermatología y Anatomía Patológica y, como mínimo, tener claramente definidos los siguientes puntos:

- patologías a intervenir
- procedimientos de interconsultas (interconsultas docentes, etc...)
- vías de derivación y recepción de informes de Anatomía Patológica.

Un sistema de registro conciso y suficiente es imprescindible con fines clínicos, evaluadores, docentes y médico-legales. Proponemos utilizar los siguientes documentos:

- Historia Clínica. En la que deberá constar siempre:
 - juicio diagnóstico del proceso que indicó el procedimiento quirúrgico
 - anamnesis preoperatoria y hoja de consentimiento informado (firmado por el paciente o su representante legal y por el médico).
 - procedimiento quirúrgico realizado al paciente (técnica de CM utilizada)
 - utilización de anestésicos locales.
 - plan de cuidados postoperatorios
 - resultado del estudio anatomopatológico
- Valoración preoperatoria
- Hoja de información al paciente
- Hoja de consentimiento informado, para su firma por el paciente o un responsable legal del mismo y por el médico.

- Hoja de remisión de muestras a anatomía patológica (modelo según centro de recepción de las muestras).
- Libro de citaciones (único para el centro). O sistema informático de registro.
- Hoja de información postoperatoria.
- Libro de registro de intervenciones.

Es necesario definir al responsable de anotar los datos después de cada intervención (médico o enfermero).

Precauciones para una CM segura en AP

- No intervenir si el diagnóstico, la historia natural de la lesión o las opciones de tratamiento no están claras. Valorar la interconsulta-asesoría con el especialista correspondiente.
- Operar según la capacidad personal, garantizando:
 - Entrenamiento técnico adecuado en el procedimiento
 - Instrumental y ayudantes suficientes
- Informar completamente al paciente respecto a: diagnóstico, etiología y pronóstico del proceso, características de la intervención y sus alternativas, método de anestesia que se usará, complicaciones posibles y molestias esperables, etc..
- Obtener el consentimiento expreso del paciente
- No aplicar técnicas destructivas (electrodesecación, etc.) sin diagnóstico de seguridad.
- Identificar las estructuras subcutáneas del campo quirúrgico. No cortar tejidos sin visión directa.
- Enviar todas las lesiones extirpadas para examen histológico, y garantizar la recepción de los informes anatomopatológicos.
- Garantizar un seguimiento postoperatorio adecuado.

Las complicaciones perioperatorias son una de las tres causas más comunes de eventos adversos según se pone de manifiesto en el estudio ENEAS. En el estudio APEAS hubo un 5,1% de Eventos Adversos relacionados con la infección de herida quirúrgica, un 3,5% de hemorragias o hematomas relacionadas con la infección, un 3,2% de dehiscencia de suturas y un 1,6% de seromas, abscesos y granulomas y es importante resaltar que en su mayoría estos Eventos Adversos fueron detectados por enfermeros.

Las complicaciones más frecuentes de la cirugía están relacionadas con la herida quirúrgica, con la técnica, con las repercusiones sistémicas. A pesar de que muchos eventos relacionados con estos procedimientos son difíciles de evitar, se han ensayado acciones capaces de reducir algunos de ellos (listas de verificación preoperatorio, identificación de pacientes de riesgo, etc.)

La seguridad quirúrgica está perjudicada por su falta de reconocimiento como un problema de salud pública, la escasez de datos relevantes, y fallos generales en la aplicación sistemática de los estándares de atención. Si esto puede aplicarse a la cirugía general, para la cirugía menor el problema puede ser aún mayor.

Estas actuaciones se relacionan con el segundo Reto Mundial de la OMS por la Seguridad del Paciente: La Cirugía Segura salva vidas (Safe Surgery Saves Lives). En este marco se ha creado un instrumento a modo de lista de verificación "Cuenta atrás quirúrgica" ("the Surgical Countdown"): una lista de verificación simple con un conjunto básico de recomendaciones y un listado de comprobaciones de seguridad a realizar antes de iniciar una operación; y para la definición de un conjunto mínimo de estándares básicos de práctica, sencillos de implantar, de aplicar y medir.

Los procedimientos en sitios incorrectos (lado equivocado, órgano equivocado, lugar equivocado, implante equivocado y persona equivocada), considerados incidencias evitables, son en gran parte resultado de una mala comunicación, de información no disponible o incorrecta. Uno de los principales factores que contribuyen al error es la falta de un procedimiento estandarizado de verificación preoperatorio.

La Solución para la Seguridad propuesta para este tema recoge la experiencia de la Joint Commission (JCAHO) en el desarrollo con un amplio consenso de un "Protocolo Universal" para la prevención de cirugía en sitios incorrectos, y de una alerta similar sobre el sitio quirúrgico correcto de la Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA) del Reino Unido.

Las organizaciones sanitarias han de contar con protocolos implementados que:

- Establezcan la verificación previa del paciente, del procedimiento y sitio deseados, y si corresponde, de cualquier implante o prótesis.
- Insten a la persona que realiza el procedimiento a marcar inequívocamente el sitio de la operación, con la participación del paciente, a fin de identificar correctamente el lugar donde se desea hacer la incisión.

- Lleven a cabo, antes de comenzar el procedimiento, un periodo de tiempo específico, en el que no se desarrolle ninguna actividad clínica, para que todos los miembros del equipo verifiquen la acción clínica inminente. En ese tiempo ha de establecerse un acuerdo sobre el posicionamiento del paciente en la mesa de operaciones, el procedimiento y el lugar.

Se insiste también en discutir con el paciente y la familia estos temas durante el proceso de consentimiento informado, y confirmación de las decisiones en el momento de la firma de dicho consentimiento.

Como ejemplo real en España, el Distrito Sanitario Sevilla Sur ha adaptado el protocolo: Listado de Verificación Quirúrgica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para las cirugías menores que se practican en los centros de salud de la comarca. Este nuevo procedimiento recibe el nombre de Listado de Verificación Quirúrgica de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente y se aplica a las operaciones ambulatorias con el fin de materializar el compromiso de los profesionales para reforzar los controles efectuados durante las intervenciones, al tiempo que garantiza la calidad de la asistencia que se presta a los ciudadanos atendidos.

El listado consta de 16 puntos críticos relacionados con la seguridad del paciente que se organizan en tres fases (antes de la intervención, durante la pausa y después de la cirugía). La auxiliar de enfermería es la profesional que comprueba que los parámetros propuestos por la OMS se cumplen durante todo el proceso. De este modo, el protocolo de verificación persigue prevenir, detectar precozmente o, en su defecto, minimizar los errores que pueden producirse en la práctica de las operaciones ambulatorias. Su aplicación surge a iniciativa del Grupo de Mejora de Cirugía Menor liderado por la Unidad de Gestión Clínica de Montequinto y ya se está difundiendo de manera progresiva en las unidades del distrito.

Además, el Distrito Sanitario Sevilla Sur ha editado un documento audiovisual complementario destinado a la docencia de los profesionales y para su difusión también entre los propios pacientes, donde se explica la aplicación de esta herramienta. También ha diseñado otro folleto específico para los usuarios para que, antes de la intervención, conozcan aspectos relevantes destinados a la mejora de su seguridad.

Todas estas actuaciones se encuentran dentro de la Estrategia para la Seguridad del Paciente Quirúrgico (Proyecto Comprueba) de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía

4. Seguridad del Paciente y Cuidados Paliativos

Por cuidados paliativos se entiende el tratamiento destinado a reducir la severidad de los síntomas en un paciente con una enfermedad terminal. Abarcan las atenciones física, psicológica y espiritual, y su objetivo es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente.

Los cuidados paliativos pueden tener lugar en el propio domicilio del paciente, en una residencia y en los hospitales. Muchos tipos de profesionales de la salud, servicios sociales, y el sector voluntario están involucrados en los cuidados paliativos, incluyendo médicos, enfermeras generales y enfermeras especializadas.

Las cuestiones de seguridad del paciente en los cuidados paliativos se refieren generalmente a una falta de control de los síntomas adecuadamente. También hay problemas de seguridad específicos relacionados con el uso de medicamentos en atención a enfermos terminales, incluyendo: tratamiento del dolor, oxigenoterapia, radioterapia .

Los pacientes que reciben cuidados paliativos también pueden ser vulnerables a los riesgos de seguridad de los pacientes comunes a todos los pacientes, incluyendo las caídas, las úlceras por presión, y la asistencia sanitaria de infecciones asociadas.

La administración de medicamentos cada vez más fuertes para el dolor no es la respuesta. Pueden tener efectos secundarios peligrosos o eventos adversos, incluyendo la incapacidad para respirar y más sedación o somnolencia e incluso la muerte. También hay otros importantes eventos adversos potenciales, tales como náuseas, prurito intenso, y el estreñimiento severo.

El Grupos de Cuidados Paliativos y Dolor de EEUU apoyan el cuidado del paciente, la enseñanza y objetivos de investigación a través de:

- Mejorar la calidad y la seguridad de la atención al paciente lo que se refiere a las mejores prácticas de manejo del dolor y la documentación.
- Evaluar y mejorar, cuando sea posible, la satisfacción del cuidador y del paciente en el manejo del dolor.
- La creación de recursos educativos para todas las instituciones.
- Contribuir a la educación de todos los profesionales de la salud.
- La utilización de estrategias no farmacológicas para la intervención del dolor.
- La creación de estudios de investigación en el ámbito clínico a fin de documentar la

eficacia de los procesos y resultados para su publicación.

5.Seguridad del Paciente en Hospitalización a Domicilio.

La Hospitalización a Domicilio es la asistencia prestada a pacientes hospitalarios en su propio domicilio, está dirigida a pacientes que precisan cuidados hospitalarios y por las características del proceso, puedan ser dados de alta. Es necesario que el paciente: Viva en un área cercana a la unidad, tenga cobertura familiar, tenga teléfono, sus condiciones clínicas sean estables. No se incluyen: Pacientes psiquiátricos, pacientes con situación social comprometida.

Durante su ingreso en hospitalización a domicilio, al paciente se le suministra: Medicación, material Sanitario y todas las pruebas diagnósticas necesarias. En el domicilio del paciente se deja la siguiente documentación: Información de contacto, evolución clínica, evolución y gráfico de enfermería, hoja explicativa de tratamiento.

Como documentación del Servicio quedan: Resultados de pruebas complementarias, hoja de prescripción de medicamentos, informes clínicos relevantes.

En el domicilio se realizan las siguientes prestaciones que abarcan múltiples áreas de la práctica médica:

1. Visita Médica
2. Visita de enfermería
3. Pautas de tratamiento. Suministro de medicación
4. Paracentesis. Toracocentesis
5. Lavados Vesicales. Enema de limpieza
6. Extracción sanguínea para analítica. Hemocultivos
7. Manejo de ostomías, drenajes, curas complicadas
8. Curas de heridas y/o úlceras de decúbito
9. Electrocardiograma
10. Quimioterapia en pauta corta
11. Citación hospitalaria para pruebas especiales (Rx, TAC, etc)
12. Antibioterapia endovenosa y sueroterapia
13. Bombas de infusión: subcutánea, intravenosa e intratecal
14. Nutrición: enteral, parenteral
15. Manejo de sondas: nasogástricas, vesicales, PEG
16. Aerosolterapia en EPOC, antibióticos
17. Ventilación mecánica no invasiva
18. Hidratación subcutánea

La Hospitalización a Domicilio tiene múltiples ventajas:

- Transferir a la comunidad cuidados antes restringidos al hospital
- Favorecer el autocuidado
- Respetar la intimidad del paciente y su familia
- Garantizar una mayor independencia
- Propiciar un trato personalizado
- Interferir menos en su vida diaria
- Disminuir el riesgo de infecciones hospitalarias
- Disminuir estancias innecesarias, liberar camas hospitalarias
- Facilitar la reorganización asistencial
- Adecuar la tecnología y los medios terapéuticos, racionalizando los costes

Las grandes ventajas de la Hospitalización a Domicilio pueden transformarse en debilidades del propio sistema. El peso máximo de los cuidados recae en la familia que a pesar de un correcto adiestramiento y seguimiento puede incurrir en fallos de administración de los medicamentos: conservación, vías de administración, e incluso modificación de la posología en función de visiones subjetivas sobre el estado o los síntomas del paciente, ocurriendo tanto incidentes como eventos adversos relacionados con la medicación.

El transporte de las muestras extraídas al paciente hasta el hospital puede tener fallos en la cadena de conservación así como en la correcta identificación de las mismas pudiendo ocasionar equivocaciones en los resultados.

En muchos casos los eventos adversos se deben a fallos en la comunicación con los pacientes y sus familias siendo ésta una de las principales líneas de mejora a la que estos equipos dedican su tiempo.

Uno de los grandes déficits de la Hospitalización a Domicilio es la ausencia de un sistema de clasificación de pacientes y de medición de actividad común, real y homologado. Del mismo modo carece de unos indicadores consensuados que aporten una información que permitan tener una dimensión real de la actividad y que posibilite la comparación y la mejora.



© Revista Clínica Electronica en Atención Primaria, 2003