

Guía para la transición de cuidados

Guía para que los proveedores de servicios de apoyo comunitario faciliten la transición del cuidado en hospitales o en centros de cuidados prolongados al hogar

Las siguientes preguntas se formulan con el objeto de prestar ayuda a los proveedores de servicios de apoyo comunitario, a los coordinadores de servicios y a las autoridades en materia de atención médica a fin de obtener la información necesaria para lograr una transición segura del cuidado médico recibido en hospitales y centros de cuidados prolongados hacia el hogar para personas con discapacidades de desarrollo.

Este documento no reemplaza al informe de alta o al formulario de verificación de medicamentos.

Estado de salud

- 1. ¿Entiende usted el estado de salud de la persona?
 - A. La razón por la que se hospitalizó
 - B. El estado de salud anterior
 - C. Los nuevos diagnósticos
- 2. ¿Sabe cuáles son los síntomas de los problemas médicos a los que se debe prestar atención después de que el paciente es dado de alta?
 - A. Síntomas específicos de problemas de salud
 - B. Problemas de salud que exigen una evaluación médica inmediata
- 3. ¿Tiene los nombres y la información de contacto del médico/proveedor de cuidados médicos para avisarle si surgen problemas?
- 4. ¿Ocurrieron cambios cognitivos o funcionales durante la hospitalización?
- 5. ¿Tiene la persona alguna zona de la piel con alguna herida abierta? De ser así:
 - A. ¿Tiene información acerca de la magnitud del problema y sobre los tratamientos que se ordenaron?
 - B. ¿Ha podido determinar cuánto tiempo tuvo heridas abiertas?
 - C. ¿Pidió para ver la zona afectada?
 - D. ¿Tiene la medida de las heridas?
 - E. ¿Obtuvo los resultados de los cultivos de las heridas, si existió secreción?

Observaciones: _____

Informe de alta

6. ¿Entiende las instrucciones del informe de alta?
- A. Tratamientos especiales (por ejemplo: cambio de vendaje, tratamientos respiratorios):
1. ¿Sabe quién realizará el tratamiento?
 2. ¿Se aseguró de que se haya informado a la persona sobre el procedimiento correspondiente al tratamiento?
 3. ¿Sabe con qué frecuencia se realizarán los tratamientos?
 4. ¿Inició el proceso para obtener materiales/equipos para el tratamiento?
- B. Nivel de actividad física.
1. ¿Entiende las precauciones en materia de movilidad y el grado de supervisión necesaria?
 2. ¿Conoce el uso apropiado de cualquier aparato/equipo de asistencia (aparato para caminar, bastón, silla de ducha, etc.)
 - a. ¿Obtuvo una orden médica para nuevos aparatos/equipos médicos necesarios para el hogar?
 - b. ¿Obtuvo una autorización previa, si hubiera sido necesario?
 - c. ¿Entiende el tipo de equipo y el fin que cumple el equipo que la persona posee/encargó?
 - d. ¿Hizo la planificación necesaria para que todo el personal recibiera capacitación sobre el uso apropiado del equipo?
 - e. ¿Sabe quién encargará el equipo?
 - f. ¿Sabe el nombre y el número del principal proveedor del equipo?
 - g. ¿Sabe quién entregará el equipo? 3. ¿Averiguó acerca de los protocolos especiales para la colocación y el traslado de equipos?
 4. ¿Sabe cuándo se pueden reanudar las actividades domésticas y cuál sería el grado de supervisión?
 5. ¿Sabe cuando la persona puede volver a sus actividades habituales (por ejemplo, programa para el día o trabajo) y bajo qué grado de supervisión?
 6. ¿Tiene copias o piensa obtener copias de las órdenes escritas, si se hubieran ordenado tratamientos de fisioterapia, terapia ocupacional, y/o evaluación/terapia del habla y del lenguaje?

- C. Dieta especial
1. ¿Entiende el tipo, la consistencia y la cantidad de comida y de líquidos?
 2. ¿Sabe la hora de la última comida de la persona?
 3. Si se recetaron suplementos en la dieta o se dispuso la alimentación por sonda:
 - a. ¿Conoce el tipo de alimentación y la hora en que se administra?
 - b. ¿Hizo arreglos para la entrega de equipos que ayudan en la alimentación?
 - c. ¿Hizo arreglos para recibir apoyo de personal capacitado para las horas de comidas?

Observaciones: _____

Medicamentos

7. ¿Revisó con la enfermera o médico el plan de medicamentos?
- A. Usted:
1. ¿Entiende el nombre, la finalidad, la dosis, frecuencia y posibles efectos secundarios de todos los medicamentos que el paciente está tomando actualmente?
 2. ¿Sabe a quién llamar si tiene preguntas?
 3. ¿Sabe cómo conseguir los nuevos medicamentos?
 4. ¿Sabe cuándo debe tomarse la próxima dosis de medicamentos?
- B. ¿Ha realizado usted un registro de verificación de medicamentos, comparando los medicamentos previos a la hospitalización con los medicamentos administrados durante la hospitalización, y sabe cuál de estos medicamentos debe continuarse en el hogar?

Observaciones: _____

Necesidades de personal para prestar asistencia en el hogar

8. ¿Es necesario algún cambio en relación con las necesidades de personal en el hogar?
- A. Si es necesario algún cambio ¿ha notificado al personal de cuidados a domicilio acerca de los nuevos requisitos y cómo el estado de salud de la persona puede afectar sus necesidades de cuidados médicos?
 - B. ¿Confirmó si se hicieron los arreglos de personal?
 - C. ¿Se expidieron solicitudes para cambios de personal al DDA y/o DC Health Care Finance?

Observaciones: _____

Procesos de seguimiento

9. ¿Sabe si todavía hay resultados pendientes de exámenes realizados durante la estadía del paciente en el hospital (por ejemplo, resultados de laboratorio, rayos X, electrocardiograma, tomografías, resonancias magnéticas, etc.) ¿Sabe?:
- A. Cómo obtener los resultados
 - B. A quién se enviarán los resultados
 - C. Cuándo se obtendrán los resultados
 - D. ¿Se firmaron los formularios de "autorización de acceso a la historia médica" para obtener copias y resultados de los exámenes realizados en el hospital?
10. ¿Sabe que citas y exámenes médicos se necesitarán en las próximas semanas?
- A. ¿Sabe usted?
 1. ¿cuándo serán las próximas citas y exámenes médicos?
 2. ¿tiene los números de contacto para programar las citas?
 - B. ¿tiene usted?:
 1. Los envíos al especialista/órdenes para los exámenes diagnósticos que deben completarse
 2. ¿Sabe los nombres de los exámenes y los motivos por los que se recomiendan?
 3. ¿Sabe cuándo y cómo fijar la cita para el examen médico?
 4. ¿Tiene los números de contacto para hacer los arreglos?

Observaciones: _____

Ayuda para mejorar la conducta

11. ¿Se recetaron medicamentos psicoactivos para algún problema psicoactivo o de conducta? Si es así, ¿ha ocurrido algún cambio reciente con respecto al medicamento recetado?
12. ¿Se actualizaron las prescripciones u órdenes médicas del paciente en el momento que se le dio de alta?
13. ¿Tienen esos medicamentos psicoactivos efectos secundarios específicos que es necesario controlar?
14. ¿Es necesario realizar evaluaciones médicas de rutina (niveles sanguíneos) en razón de los medicamentos psicoactivos que se recetaron?
15. ¿Tiene el individuo un plan de apoyo de conducta ya existente, modificado o nuevo?
16. ¿Se ha capacitado al personal para poner en marcha el plan de apoyo a conductas?

Notes: _____

Informe/preguntas sobre el informe de alta médica

17. ¿Ha recibido una copia del informe de alta?
18. ¿Realizó usted la verificación de medicamentos con la enfermera/médico y recibió una copia de este documento?
19. ¿Entiende el informe escrito en su totalidad?
20. ¿Tiene una lista de las personas que estuvieron presentes en la reunión para dar de alta?
21. ¿Tiene todavía alguna pregunta para la enfermera/médico?

Observaciones: _____

Recordatorios sobre la documentación

- 22. Actualizar el Pasaporte de Salud [Health Passport] con:
 - A. Nuevos diagnósticos
 - B. Medicamentos nuevos y descontinuados
- 23. Actualizar el Plan de Cuidado Médico [Health Management Care Plan] con:
 - A. Nuevos diagnósticos
 - B. Problemas resueltos
- 24. Los Profesionales capacitados en retraso mental [QMRP, por sus siglas en inglés] escriben un “resumen” o “informe sobre el progreso” con relación a la hospitalización y dejan documentado que las recomendaciones del informe de alta se están implementando y cumpliendo.
- 25. Las enfermeras completan y documentan una evaluación al regresar al hogar.

Notes: _____

