

Dificultades en la Gestión de Casos H.R.U. Carlos Haya

Málaga 18 junio 2007

Relato:

La Sra. AAS es una paciente que se encuentra ingresada en nuestro Hospital en el Servicio de Traumatología. Llegó procedente de UCI donde se le atendió por múltiples fracturas por precipitación, intento de auto lisis. Está ingresada con nosotros desde hace mucho tiempo. Su habitación es de dos camas. Desde su cama, junto a la ventana se ve la calle. Ha sido intervenida en varias ocasiones de diversas fracturas en miembros superiores, inferiores y pelvis; en la actualidad hace vida cama-sillón y es dependiente para las actividades de la vida diaria.

Es madre soltera y tiene una hija que vivía con ella hasta no hace mucho, pues se casó y hace vida independiente. La Sra. AAS, teniendo en la actualidad criterios de alta médica, está pendiente de que se resuelva la posibilidad de encontrar un lugar adecuado para ella, donde pueda vivir y se le pueda atender en sus necesidades. La hija, única familiar, no está en disposición de recibirla en su domicilio ya que alude que no puede garantizar sus cuidados y seguridad, puesto que necesita vigilancia permanente debida a la posibilidad de que repita el intento de suicidio que ha experimentado en distintas ocasiones.

Desde que tengo incorporada a la Sra. X en mi cartera de clientes, he intentado comprender su situación clínica y familiar participando del caso en la medida de facilitar el alta de la paciente garantizando sus cuidados y seguridad. La Sra. X. Está totalmente integrada en la 4 planta, conoce y es conocida por todos, forma parte del cada día y es aceptada en sus circunstancias. Ella participa en la medida de sus posibilidades de las relaciones humanas que le permite su hábitat, comparte con su compañera de cama sus experiencias, aprovecha el momento de las visitas del personal que le atienda, disfruta del baño y del aseo personal cuando se le facilita y acepta el menú de la planta en todas sus variantes. De vez en cuando se la ve intentando avanzar en su silla de ruedas por los pasillos de la planta, curioseando por las distintas estancias. Ella está en seguimiento Psiquiátrico con medicación continua que mantiene su nivel de relación personal dentro de la normalidad, con las limitaciones propias de una paciente psiquiátrica, diagnosticada de Esquizofrenia Paranoide con intentos reiterados de auto lisis y alteración de los procesos cognitivos que limitan su comportamiento.

Cuando analizo su entorno familiar, su nivel de vida, su estado de salud, sus posibilidades de desarrollo me doy cuenta del nivel de dificultad que este caso tiene para una solución satisfactoria que procure un lugar digno donde la Sra X pueda hacer una vida adecuada a sus posibilidades.

El caso tiene dos abordajes: A): Su nivel de dependencia y garantías de seguridad y B): Su situación social.

A) En cuando a su nivel de dependencia, la Sra x tiene un nivel de dependencia moderado Grado I requiere ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día con diagnósticos enfermeros de Conocimiento Deficiente, Déficit de auto cuidado: Alimentación, Eliminación, Higiene y Movilización, Ansiedad, Riesgo de suicidio e Incumplimiento del Régimen Terapéutico. B) En cuanto a su situación social, la Sra. X vive sola, con diagnostico enfermero de Aislamiento Social. No tiene cuidador formal ni recursos económicos que garanticen sus cuidados en domicilio.

El Hospital garantiza ambos abordajes manteniendo su hospitalización en planta, pero solucionada su situación clínica, no puede dar de Alta Hospitalaria a la paciente pues no esta garantizada su Continuidad de Cuidados y su entorno.

He gestionado distintas posibilidades al Alta: Aceptación en domicilio, ingreso en hospital concertado e ingreso en Residencia y en distintas Asociaciones de Pacientes dependientes psiquiátricos.

Aceptación en domicilio: Las dificultades son obvias, paciente que vive sola no tiene familiares que Afronten su situación y no tiene recursos económicos para garantizar un cuidador. El familiar directo, su hija, no asume que viva con ella porque es mujer trabajadora y recientemente casada. Tiene dificultades económicas para el pago de su vivienda, aunque aceptaría el pago de una Residencia Privada durante algunos meses si en su caso, el Sistema Publico garantizara su futuro en una Residencia Concertada, viene a visitar a su madre casi todas las tardes por lo que manifiesta un Afrontamiento Efectivo. Esta posibilidad no se le puede garantizar desde el Hospital puesto que depende de Asuntos Sociales.

Ingreso en Hospital Concertado: Esta sería una solución temporal a su caso. En nuestro Hospital existe un centro con camas de Rehabilitación para pacientes dependientes con indicación de Rehabilitación Hospitalaria. Este no es el caso, puesto que tiene prescrita Rehabilitación domiciliaria. La Red de Hospitales concertados a la que tenemos acceso tampoco facilita su ingreso puesto que al tener patología Psiquiátrica asociada descartan su ingreso por no tener en su cartera de servicio concertada la asistencia Psiquiátrica.

Las distintas Asociaciones de paciente Psiquiátricos no aceptan el caso puesto que la paciente presenta un Grado de Dependencia tipo I que no puede ser atendida en los lugares de residencia que disponen, puesto que estos lugares están indicados para pacientes psiquiátricos independientes.

Su Centro de Salud de referencia aún no ha sido contactado por no tener resuelta la Continuidad Asistencial al alta domiciliaría. La oferta de servicio de Primaria en este caso sería: Visitas concertadas de seguimiento: Medico – Enfermera – Fisioterapia-Trabajo Social. Pero la vigilancia continuada para garantizar su seguridad No están cubiertas.

En la actualidad, por nuestra parte, compartimos el Caso con los Trabajadores Sociales Hospitalarios con objeto de alcanzar una aceptación en Residencia Concertada. Se han barajado distintas posibilidades sin éxito, pero la edad de la paciente 48 años dificulta su aceptación en residencia por criterios de edad.

Como experiencia cabe manifestar las dificultades que muchos pacientes presentan tras la solución de su fase Clínica Hospitalaria. Dificultades añadidas a cualquier solución de su enfermedad y que están a camino entre la Asistencia Hospitalaria y la Asistencia Domiciliaria. Estas dificultades son Heterogéneas y aunque siempre han existido, en la actualidad exigen un abordaje desde la Asistencia Sanitaria Especializada determinante, puesto que el Sistema Sanitario Publico al ser de carácter Universal, no solo debe garantizar el proceso asistencial en caso de enfermedad, sino que debe garantizar la Continuidad Asistencial como criterio de Calidad y de derecho contemplado en la nueva Ley de Dependencia y que entronca con la Continuidad de Cuidados que como Enfermeras Responsables de la Gestión de Casos tenemos en nuestra Cartera de Servicios. Son por lo tanto estas y otras dificultades las que hacen que nuestra labor adquiera un carácter diferenciado y particular. Que requiere un abordaje integral de la paciente desde su ingreso al alta, desde su patología al nivel de cuidados, desde su estado de salud previo al estado de salud tras la evolución de su enfermedad, en definitiva un abordaje integral de Gestión de Casos.

Antonio Benítez Leiva
Enfermero Gestión de Casos Hospitalario.
H.R.U. Carlos Haya