

## INTRODUCCIÓ

- La Preparació de l'Alta hospitalària (PREALT) té com a finalitat assegurar la continuïtat de l'atenció d'un grup de població que requereix una especial atenció després de l'alta hospitalària.
- El CatSalut va incloure la implantació del protocol PREALT als objectius de la compra de serveis 2005.
- El protocol PREALT implica la notificació d'alta des del centre de referència entre 24-48 hores abans de ser efectiva; aquest fet permet que al següent nivell d'atenció, el metge, la infermeria i/o els serveis socials puguin preparar l'acollida dels pacients als seus domicilis i garantir l'atenció en 24-48 h després de l'alta.
- L'1 de febrer 2006 es va activar el protocol PREALT a l'ABS de La Roca del Vallès, un cop definits i consensuats els criteris d'inclusió i exclusió amb els Centres de referència; i els circuits interns i externs a cada Centre per adequar la gestió de la demanda.

## OBJECTIU

- Avaluar el grau d'implantació del protocol PREALT a l'ABS de la Roca del Vallès.

## MÈTODE

- Recollida de dades a partir de tots els documents de PREALT rebuts a l'ABS La Roca del Vallès dins el període: febrer 2006 – juny 2007.
- Revisió dels criteris d'inclusió i exclusió definits en el protocol PREALT.
- Recollida de dades de totes les altes hospitalàries, tributàries de PREALT, detectades en les consultes dels professionals de l'ABS que no han seguit el protocol PREALT, d'acord amb els criteris establerts.
- Anàlisi comparativa de les dades recollides: per servei d'origen de l'alta i per criteri de PREALT.

## RESULTATS

- Per origen: Geriatria d'aguts, Cirurgia i COT són els serveis d'origen amb més altes tributàries de PREALT no comunicades ("no PREALT tributàries").
- El segon any del PREALT s'observa una discreta millora en la tendència d'implantació per part de Medicina Interna i Unitat de Convalescència.

Origen PREALT	Total Altes	2006 (11 m.)			2007 (6 m.)			
		no PREALT tributàries	PREALT	% PREALT	Total Altes	no PREALT tributàries	PREALT	% PREALT
Medicina Interna	21	19	2	10	26	21	5	19
Unitat Convalescència	12	10	2	17	7	5	2	29
Hospitalització a Domicili	5	3	2	40	1	0	1	100
<b>Geriatria Aguts</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>9</b>
Unitat cures pal·liatives	1	1	0	0	1	1	0	0
<b>Cirurgia / esp. quirúrgiques</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>COT</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>63</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>54</b>	<b>45</b>	<b>9</b>	<b>17</b>

- Els criteris més freqüents "no informats" són: persona gran fràgil, educació sanitària i ensinistrament, malaltia crònica reaguditzada, i cures amb supervisió.
- El segon any del PREALT s'observa una millora en la informació de criteris. El criteri menys informat és la necessitat de cures amb supervisió.

Criteris PREALT	Total Criteris	2006 (11 m.)			2007 (6 m.)			
		NO informats	informats	% informats	Total Criteris	NO informats	informats	% informats
Persona gran fràgil	26	20	6	15	22	14	8	36
Educació sanitari i ensinistrament	17	10	7	25	20	15	5	25
Malaltia crònica reaguditzada	19	12	7	25	14	7	7	50
Continuació de tractament amb supervisió	16	12	4	10	13	2	11	85
Viure sol	5	5	0	0	2	2	0	0
<b>Cures amb supervisió</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>33</b>	<b>19</b>	<b>17</b>	<b>2</b>	<b>11</b>
Pacient amb malaltia terminal	3	3	0	0	0	0	0	-
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>66</b>	<b>26</b>	<b>17</b>	<b>90</b>	<b>57</b>	<b>33</b>	<b>37</b>

## CONCLUSIONS I RECOMANACIONS

- Cal fer un treball intern per identificar les altes subsidiàries de PREALT que no han estat comunicades, per poder avaluar el grau d'implantació real del protocol.
- El professional d'infermeria hauria de ser el responsable de gestionar el PREALT, com a garant d'un enfocament integral en la continuïtat del procés d'atenció a la persona. L'Hospital General de Granollers recentment ha incorporat aquesta figura i l'Hospital de Mollet la té des de l'inici, amb molt bons resultats.
- Caldria implicar-hi més els Serveis Quirúrgics, per tal d'identificar anticipadament les necessitats dels malalts quirúrgics a l'alta. Això milloraria la planificació de recursos i la satisfacció d'aquest tipus de malalt i dels seus eventuals cuidadors.
- Per atendre les reaguditzacions en malalts crònics caldrien sistemes de coordinació entre nivells que evitessin el desplaçament dels malalts als Centres d'Aguts: p. ex. mitjançant visites a domicili de l'especialista i del metge de família. Alhora que es reduïrien la utilització d'ambulàncies i les estades evitables als Serveis d'urgències.