


Recuerde:


- Traer su **tarjeta sanitaria**.
- Traer su **D.N.I.**
- Traer todos los **Informes médicos**.
- **Informar de sus alergias**.
- **Venir acompañada/o** al ingreso
- Tener organizados los cuidados necesarios para su vuelta al domicilio o ingreso en un centro residencial

*Si desconoce las necesidades que pueden surgirle durante el ingreso, tiene imposibilidad de acudir acompañado o carece de apoyo familiar que le asegure los cuidados necesarios tras recibir el alta hospitalaria, debe comunicárselo al médico responsable o contactar con nuestra **Unidad de Trabajo Social**. Tlf.: 91 557.43.72/45.07*

La intervención social temprana favorece la adecuación de los recursos y mejora la calidad asistencial, logrando aumentar las posibilidades de éxito, reduciendo posibles complicaciones y hace más sostenible la sanidad pública.

Contacta con nosotros:

 C/ Maestro Vives 2-3, 28009 MADRID

 Teléf.: 91 557 43 00
Fax: 91 557 44 00

Teléfono Secretaría Servicio:
91 557 43 56 / 91 557 43 54

 <https://www.comunidad.madrid/hospital/santacristina/ciudadanos/cirugia-general-digestivo>



Escanéame

UNIDAD DE CUIDADOS CONTINUADOS

Información al Paciente

Hospital
Universitario
Santa
Cristina

*Lo que usted
debe saber*

¿Qué es la Unidad de Cuidados Continuados?

Es una unidad de media estancia de atención especializada dotada de 23 camas para manejo de pacientes con enfermedades crónicas y deterioro funcional, que requieren de un periodo de convalecencia.

Patologías comunes

- **Reagudizaciones:** insuficiencia cardiaca y EPOC
- **Enfermedades infecciosas** del tracto urinario y/o respiratorio
- **Deterioro funcional** no neurológico
- **Úlceras por presión**



Objetivos de esta unidad

- **Completar tratamiento a pacientes con patologías crónicas**, una vez superada la fase aguda de la misma.
- **Prestar asistencia de cuidados continuos de enfermería**, que no pueden facilitarse en domicilio o residencia.
- **Mejorar la calidad de vida de paciente con enfermedades crónicas y deterioro funcional** y de este modo, limitar la incidencia de su institucionalización, fomentando el regreso a su entorno habitual.
- **Proporcionar información periódica al paciente** y su entorno sobre su evolución para favorecer su recuperación.

Equipo Multidisciplinar formado por:

- **Médicos geriatras, internistas y rehabilitadores**
- **Enfermería, técnicos de cuidados auxiliares enfermeros, fisioterapeutas y nutricionistas.**
- **Trabajadores sociales.**

Criterios de ingreso

- **Pacientes derivados desde otro recurso asistencial** previa valoración positiva de la unidad.
- **Pacientes afectos de procesos y/o patologías subagudas ya diagnosticadas** y estabilizadas en su hospital de origen que precisen continuidad de cuidados especializados durante un periodo de tiempo inferior a 30 días.
- **Pacientes que precisen cuidados médicos y de enfermería**, que no puedan ser dispensados a nivel domiciliario o residencial.
- **Pacientes que no precisen pruebas diagnósticas complementarias** ni presenten patología quirúrgica urgente.
- **Pacientes con incapacidad funcional reversible secundaria** a procesos traumatológicos, deterioros funcionales no neurológicos por inmovilización prolongada que pueden beneficiarse de tratamiento de rehabilitación.

Criterios de alta

- **Cuando la situación del paciente permita su asistencia ambulatoria** o en centro residencial.
- **Una vez agotadas las posibilidades rehabilitadoras.**