

Reingreso hospitalario en pacientes pluripatológicos. La importancia de elaborar un plan de acción personalizado y de mejorar la continuidad asistencial

Irene Zamora-Martínez¹, Leonor Hernández-Alonso¹, María del Carmen Sánchez-Arenas², Macarena Rodríguez-García³, José Murcia-Zaragoza¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Vega Baja de Orihuela. Orihuela (Alicante). España

²Enfermería Gestora de Casos Hospitalarios. Hospital Vega Baja de Orihuela. Orihuela (Alicante). España

³Hospitalización a Domicilio. Hospital Vega Baja de Orihuela. Orihuela (Alicante). España

Recibido: 01/03/2020

Aceptado: 01/03/2020

En línea: 31/03/2020

Citar como: Zamora-Martínez I, Hernández-Alonso L, Sánchez-Arenas MC, Rodríguez-García M, Murcia-Zaragoza J. Reingreso hospitalario en pacientes pluripatológicos. La importancia de elaborar un plan de acción personalizado y de mejorar la continuidad asistencial. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2020 (Mar); 5(Supl 1): 17-19. doi: 10.32818/reccmi.a5s1a7.

Cite this as: Zamora-Martínez I, Hernández-Alonso L, Sánchez-Arenas MC, Rodríguez-García M, Murcia-Zaragoza J. Polypathological patients readmission. The importance of developing an individualized plan and improving healthcare continuity. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2020 (Mar); 5(Supl 1): 17-19. doi: 10.32818/reccmi.a5s1a7.

Autor para correspondencia: José Murcia-Zaragoza. jomurza2@gmail.com

Palabras clave

- ▷ Continuidad asistencial
- ▷ Pluripatología
- ▷ Reingreso hospitalario
- ▷ Planes de cuidados personalizados

Keywords

- ▷ Continuity of patient care
- ▷ Polypathological
- ▷ Patient readmission
- ▷ Personalized care plans

Resumen

Mujer de 87 años, con diagnóstico principal de insuficiencia cardíaca, que ingresó en nuestro hospital por cuarta vez en el último año, habiendo transcurrido 10 días desde la última atención hospitalaria. La paciente fue captada por el equipo de Enfermería Gestora de Casos Hospitalarios, procediéndose de forma conjunta entre profesionales sanitarios, paciente y familiares a la elaboración de un plan de acción personalizado, e incluyéndola en el plan de asistencia continuada al paciente con pluripatología. Se consiguió una mejoría en la calidad de vida y grado de satisfacción del paciente, cuidador y equipo terapéutico, minimizando hospitalizaciones y atenciones urgentes.

Abstract

87-year-old woman with a main diagnosis of heart failure who is admitted to our hospital for the fourth time in the last year, 10 days after the last hospital care. The patient was captured by the hospital case management nursing team, drawing up a personalized action plan jointly between health professionals, patients and family members and including it in the plan of continued assistance to patients with pluripathology. An improvement in the quality of life and degree of satisfaction of the patient, caregiver and therapeutic team is achieved, minimizing hospitalizations and urgent care.

Puntos destacados

- ▷ Es fundamental diseñar para cada paciente pluripatológico un plan de acción personalizado (PAP) que surja de una valoración integral exhaustiva (VIE).
- ▷ Se debe identificar un equipo de referencia que se encargue de diseñar y asegurar el recorrido de estos pacientes en el sistema de salud, coordinando sus necesidades y tratamientos.

susceptibilidad, vulnerabilidad y labilidad clínica que conlleva la frecuente demanda de atención por agudizaciones intercurrentes y reingresos hospitalarios que agravan todavía más su situación clínica con un deterioro progresivo de su autonomía y capacidad funcional¹.

Historia clínica: antecedentes, enfermedad actual y exploración física

Mujer de 87 años, con antecedentes de fibrilación auricular anticoagulada y portadora de marcapasos en seguimiento por el Servicio de Cardiología; carcinoma de mama infiltrante pobremente diferenciado, en tratamiento con hormonoterapia en seguimiento por el Servicio de Oncología; insufi-

Introducción

La presencia de pluripatología no sólo se ha asociado a elevada morbimortalidad, sino que además estos pacientes están más expuestos a una especial

ciencia renal crónica, en seguimiento por el Servicio de Nefrología. Presentaba anemia ferropénica en seguimiento por su médico de Atención Primaria. Seguía tratamiento habitual con 14 fármacos: bisoprolol, hidroclorotiazida, furosemida, digoxina, fenofibrato, omeprazol, acenocumarol, letrozol, hidroferol, paracetamol, alprazolam. Sulfato ferroso, dexclorfeniramina e indacaterol/glicopirronio.

Presentó un primer ingreso por insuficiencia cardíaca (IC) en el Servicio de Cardiología; la ecocardiografía mostró ventrículo izquierdo no dilatado con fracción de eyección entre 50-55%, insuficiencia aórtica moderada e hipertensión de la arterial pulmonar moderada. Tras tratamiento deplectivo, la paciente fue dada de alta para continuar en seguimiento ambulatorio. Dos meses después, presentó nuevo episodio de descompensación de IC, siendo el factor desencadenante el empeoramiento de anemia ferropénica (hemoglobina 7,2 g/dl). En la tomografía computarizada (TC) abdominal, se identificó engrosamiento de la pared del colon ascendente de 2,7 cm, a valorar por endoscopia la posibilidad de neoplasia. Se solicitó estudio endoscópico diferido. Tercer ingreso por nueva agudización del cuadro de IC desencadenado por infección respiratoria aguda; en el área de Urgencias, se decidió tratamiento domiciliario con la unidad de Hospitalización a Domicilio. Sin embargo la paciente reingresó por cuarta vez a los 10 días del último ingreso por mala evolución clínica, y aumento de su disnea basal hasta ser de reposo.

Pruebas complementarias

Datos de laboratorio: urea 123 g/dl, creatinina 2,1 g/dl, NT-proBNP 16.265 pg/dl, hemoglobina 7,2 g/dl, hematocrito 24%, VCM 69 y HCM 21.

En los pacientes pluripatológicos, especialmente si muestran datos de labilidad clínica, además de las pruebas complementarias habituales, hemos de

realizar una valoración integral exhaustiva (VIE), que debe incluir: valoración integral clásica (clínica, funcional/fragilidad, cognitiva, afectiva y sociofamiliar), valoración pronóstica, valoración farmacológica, valoración de la autogestión/activación y valoración de preferencias (Tabla 1).

Nuestra paciente presentaba Barthel basal de 85 puntos con una prueba de velocidad de la marcha alterada (fragilidad), y la situación cognitiva era adecuada (Pfeiffer: 2 errores), pero se detectó una situación de labilidad emocional relacionada con el fallecimiento reciente del cónyuge, y datos de sobrecarga intensa de cuidados en su hija, que actuaba de cuidadora principal. Paciente y cuidadora fueron informadas de la situación pronóstica y necesidades paliativas (PROFUND > 11 puntos y NECPAL positivo), y se reforzó un mejor conocimiento sobre la enfermedad y preparación de la cuidadora para asumir cuidados por parte del equipo de Enfermería Gestora de Casos Hospitalarios (EGCH). Además, se exploraron diferentes escenarios clínicos: ¿cómo actuar y con quién contactar en caso de empeoramiento de síntomas en domicilios?, ¿cuándo plantear un ingreso programado?, ¿quién tomaría las decisiones en caso de que la paciente no pudiera responder? También se valoró la necesidad de continuar con el tratamiento anticoagulante y la realización de exploraciones endoscópicas. Por otra parte, se estableció como médico de referencia al médico internista adscrito al centro de salud, quien asumió los cuidados de la paciente en el ingreso actual y elaboró, en colaboración con el médico de Atención Primaria, el plan de acción personalizada (PAP) (Tabla 1), teniendo presentes los deseos y preferencias de la paciente y cuidadora. Tanto el equipo de EGCH como la enfermera de Atención Primaria entienden y son partícipes en la elaboración del PAP y reconocen a los médicos referentes en caso de ser necesarias valoraciones futuras. Dentro del PAP, se consideró contactar con las otras especialidades médicas que habían intervenido en el último año (Nefrología, Cardiología, Oncología), decidiéndose suspender citas de consultas programadas y valoraciones puntuales si el internista referente lo consideraba oportuno.

VIE		Herramientas	PAP y diseño de intervenciones
Valoración integral	Clínica	Historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> Identificación de condición de pluripatología (categorías A1, B2, G1, G2) Plan de cuidados médicos por equipo de referencia Simplificación actividad en consultas
	Funcional/fragilidad	<ul style="list-style-type: none"> Índice de Barthel Prueba de velocidad marcha/SPBB 	<ul style="list-style-type: none"> Fragilidad funcional Inclusión en programa de actividad física multicomponente domiciliaria
	Cognitiva	Test de Pfeiffer	Programa de rehabilitación cognitiva
	Afectiva	Escala de Yasavage	Apoyo emocional
	Sociofamiliar	<ul style="list-style-type: none"> Escala de Gijón Índice de esfuerzo del cuidador 	Valoración por trabajador social: ayuda doméstica y tramitación Ley Dependencia
Valoración pronóstica		<ul style="list-style-type: none"> Índice PROFUND Índice NECPAL 	Información pronóstica
Valoración farmacológica		Criterios STOPP-START	Adecuación y conciliación terapéutica, simplificándose tratamiento farmacológico
Valoración de autogestión/activación		<ul style="list-style-type: none"> Grado de conocimiento sobre su enfermedad Preparación de la familia para asumir cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> Empoderamiento y educación sanitaria Identificación equipo de referencia y vías de contacto
Valoración de preferencias		Valoración de diferentes escenarios: <ul style="list-style-type: none"> Continuación de tratamiento anticoagulante Realización de estudios endoscópicos Medidas de soporte: necesidad de ventilación Ingresos sanitarios programados Necesidad de institucionalización Valoración espiritual 	<ul style="list-style-type: none"> Visitas periódicas en domicilio programadas y a demanda Tratamiento precoz de las descompensaciones en domicilio, en caso de empeoramiento ingreso programado, desestimándose estudios endoscópicos e ingreso en UCI

Tabla 1. Elementos de la valoración integral exhaustiva (VIE), herramientas que se han de utilizar, y diseño y elaboración del plan de acción personalizado (PAP)

Diagnósticos

- Paciente pluripatológica (categoría A, B y G) con PROFUND > 11 puntos.
- Fragilidad funcional (Barthel y Pfeiffer).
- Labilidad clínica, emocional y sociofamiliar.
- Necesidades de asistencia paliativa y atención domiciliaria.

Evolución

Tras el alta hospitalaria y la elaboración del PAP en la historia clínica, la paciente y la cuidadora son atendidas en domicilio, donde reciben visitas periódicas por Enfermería de Atención Primaria, que repasa lo acordado en el PAP; también recibe seguimiento telefónico por parte de EGCH y valoración por Trabajo Social, que gestiona la adquisición de servicio de ayuda a domicilio y tramita la Ley de Dependencia. Se establecen visitas conjuntas en domicilio por internista, médico de Atención Primaria referente y Unidad de Hospitalización a Domicilio, reevaluándose periódicamente el PAP. Durante el seguimiento a 6 meses, la paciente ha presentado dos episodios de empeoramiento de síntomas, que han sido tratados en domicilio por parte de la Unidad de Hospitalización a Domicilio. Se percibe una mejoría en la calidad de vida, grado de satisfacción y conocimiento de la enfermedad, tanto en la paciente, como en la cuidadora y en el equipo terapéutico de referencia.

Discusión y conclusiones

El reingreso hospitalario después del alta es un evento frecuente, grave y costoso, particularmente frecuente en personas mayores con pluripatología. Pese a la evidencia disponible acerca de que una continuidad asistencial tras el alta puede disminuir el número de ingresos, al menos a corto plazo², con el beneficio correspondiente, lo cierto es que su puesta en marcha no termina de estandarizarse en la práctica clínica³. Uno de los principales motivos de ello es la dificultad que tienen los profesionales de la salud para identificar la condición de pluripatología de estos pacientes. Pese a que somos conscientes del enorme impacto que los pacientes pluripatológicos tienen en nuestra actividad asistencial habitual, los diagnósticos se siguen centrando en patologías organoespecíficas, perdiendo la visión global del paciente.

En todos los ingresos hospitalarios, el diagnóstico principal de esta paciente fue de IC (no identificándose la condición de pluripatología de manera

concreta), por lo que gran parte de sus cuidados se centraban en modificaciones del tratamiento diurético. Sin embargo, otras condiciones crónicas, como la enfermedad renal crónica, neoplásica, la presencia de anemia sintomática, la labilidad emocional y sociofamiliar, la polifarmacia y otras, tienen un papel desestabilizador que debe ser valorado. El diagnóstico que más representa la situación de nuestra paciente es el de pluripatología, de hecho, el paciente anciano con IC constituye el paradigma del paciente pluripatológico, siendo importante identificar esta circunstancia en la historia clínica.

Un segundo aspecto que queremos destacar es la importancia que la Enfermería Gestora de Casos tiene en la identificación de estos pacientes, en la detección de problemas ocultos mediante la VIE, y en la contribución a la realización del PAP y su seguimiento, garantizando su puesta en marcha.

Por último, queremos destacar la necesidad de establecer un PAP⁴ en colaboración con los diferentes profesionales sanitarios, pacientes y familiares, en el que se identifique claramente el equipo terapéutico de referencia, cómo contactar con él, y el diseño de posibles intervenciones y acciones que se deben realizar de manera coordinada teniendo presentes las preferencias del paciente y familiares.

Bibliografía

1. Bernabeu-Wittel M, Barón-Franco B, Nieto-Martín D, Moreno-Gaviño L, Ramírez-Duque N, Ollero-Baturone M. Estratificación pronóstica y abordaje asistencial de los pacientes pluripatológicos. *Rev Clin Esp.* 2017; 217: 410–419. doi: 10.1016/j.rce.2017.01.011.
2. Facchinetti G, D'Angelo D, Piredda M, Pettiti T, Matarese M, Olivetti A, et al. Continuity of care interventions for preventing hospital readmission of older people with chronic diseases: a meta-analysis. *Int J Nurs Stud.* 2020; 101: 103396. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103396.
3. Säfström E, Jaarsma T, Strömberg A. Continuity and utilization of health and community care in elderly patients with heart failure before and after hospitalization. *BMC Geriatr.* 2018; 18(1): 177. doi:10.1186/s12877-018-0861-9.
4. Ollero-Baturone M (coordinador), et al. Atención a pacientes pluripatológicos: proceso asistencial integrado, 3.ª ed. Sevilla. Consejería de Salud, 2018. Accesible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/salud/areas/calidad-investigacion-conocimiento/gestion-conocimiento/paginas/pai-pluripatologicos> (último acceso febrero 2020).