M.ª Cristina Ortega Matas[1]
Carmen Cabot García[1]
Francisca Porras Tovar[1]
M.ª Teresa Cantos Santamaría[2]
Lourdes Pastor Maylin[3]
Anna Fàbregas Lorenzo[4]

1. Enfermera Clínica de Geriatría. UFIS de Geriatría. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.
2. Enfermera Gestora de Hospitalización a Domicilio-Enlace. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.
3. Adjunta de Enfermería de Procesos transversales, Calidad y Seguridad Clínica. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.
4. Responsable de Enfermería del Área de Enfermedades Respiratorias, Infecciosas y Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Correspondencia:
M.ª Cristina Ortega Matas
UFIS de Geriatría. Hospital Universitari de Bellvitge
c/ Feixa Llarga s/n
08907 L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)
Tel.: 932 60 74 20
E-mail: cortega@bellvitgehospital.cat

Intervención proactiva desde una unidad de geriatría en la atención del paciente crónico complejo ingresado en un hospital de agudos

Proactive intervention from a geriatric unit in complex chronic patient's care admitted to an acute hospital

RESUMEN

Dentro del marco del Pla de Salut de Catalunya 2011-2015 se establece el Programa de Atención del Paciente Crónico Complejo (PCC) para dar respuesta a un perfil de pacientes en situación de complejidad clínica. La unidad funcional interdisciplinar sociosanitaria de geriatría (UFIS) del Hospital Universitari de Bellvitge (HUB) ha implantado un programa de intervención proactiva de los PCC cuya edad es igual o mayor de 80 años.

Objetivos: exponer la metodología en la identificación y atención de los PCC y las estrategias adoptadas para garantizar la atención integral, integrada y la continuidad asistencial. Analizar y describir los diferentes parámetros de la valoración geriátrica integral (VGI) a los PCC atendidos por nuestra unidad.

Metodología: la historia clínica informatizada permite identificar a los PCC que ingresan en el HUB. Dentro de las primeras 24 h del ingreso, se realiza VGI con la finalidad de evitar complicaciones durante el ingreso, valorar el dispositivo más idóneo en el momento de alta y garantizar la continuidad asistencial.

Resultados y conclusiones: se ha valorado a 97 pacientes entre los meses de octubre de 2012 y febrero de 2013, ambos inclusive. Ingresan fundamentalmente por vía de urgencias procedentes de su domicilio, autónomos o con dependencia leve para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) antes de su ingreso, con un buen estado cognitivo. Al alta hospitalaria la mayoría regresa a su domicilio con el protocolo de preparación al alta (PREALT) para garantizar la continuidad asistencial. Con esta intervención se pretende disminuir los reingresos hospitalarios, facilitar el retorno al domicilio y evitar o retrasar la institucionalización del paciente.

PALABRAS CLAVE: paciente crónico complejo, unidad interdisciplinar sociosanitaria de geriatría, valoración geriátrica integral, continuidad asistencial.

ABSTRACT

We establish the Complex Chronic Patient (CCP) Care Program within the framework of the Catalonia's 2011-2015 Health Plan, in order to respond to a profile of patients in situation of clinical complexity.

The interdisciplinary social-sanitary geriatric functional unit (UFIS) of the Hospital Universitari de Bellvitge (HUB) has implemented a proactive intervention program for CCPs whose age is equal to or greater than 80 years.

Objectives: To describe the methodology for identifying and addressing the CCP and the strategies adopted to ensure the comprehensiveness, integration, and continuity of care. To analyze and describe the parameters used for the Global Geriatric Assessment (CGA) of the CCPs served by our unit.

Methodology: Computerized medical records help identify CCPs entering the HUB. GGA is implemented within 24 hours after admission in order to avoid complications during admission, to establish the most appropriate device at the time of discharge, and to ensure continuity of care.

Results and conclusions: We assessed 97 patients between October 2012 and February 2013. They entered mainly through emergencies from home, and were autonomous or with mild dependence for basic daily living activities before admission, with good cognitive status. At discharge most returned home with a Preparation for Discharge Protocol (PREALT) to ensure continuity of care. This intervention aims to reduce re-admissions, facilitate the return home and avoid or delay the institutionalization of the patient.

KEYWORDS: Complex chronic patient, interdisciplinary social-sanitary geriatric functional unit, global geriatric assessment, continuity of care.

INTRODUCCIÓN

El incremento progresivo de la esperanza de vida genera un creciente grupo de población por encima de los 65 años.

Las personas mayores son el grupo poblacional que ingresa cada vez con más frecuencia en los hospitales de agudos. Los mayores de 70 años generan un tercio de las altas hospitalarias y acumulan el 40% de los días de estancia[1,2].

Cuando ingresan en un hospital de agudos, los pacientes geriátricos presentan, a menudo, problemas añadidos al motivo que ocasiona su ingreso. Entre estos problemas suelen destacar: las caídas, el deterioro cognitivo, los déficits auditivo y visual, la polifarmacia, el insomnio, la sintomatología depresiva, la malnutrición, úlceras cutáneas o dependencias para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Durante el proceso hospitalario, también son más susceptibles de sufrir complicaciones que otro tipo de pacientes.

De todos estos problemas, el deterioro funcional es el que tiene una repercusión más importante en la vida posterior de la persona, ya que incrementa su necesidad de cuidados a la salida del centro hospitalario. Este deterioro aparece entre un 25% y un 55% de las personas hospitalizadas y afecta a su nivel de autonomía, sobre todo a su capacidad de deambulación, al control de esfínteres y a su higiene personal[3]. En ocasiones, las complicaciones derivadas de la hospitalización exigen una atención en el domicilio que previamente no era necesaria, que puede conllevar la claudicación familiar o derivar en la institucionalización de la persona mayor. Por este motivo, la prevención de complicaciones evitables debe ser la base de la atención geriátrica hospitalaria.

La evidencia científica ha demostrado suficientemente el beneficio de la valoración geriátrica integral (VGI) en este sentido.

La Unidad interdisciplinar sociosanitaria (UFIS) de geriatría del Hospital Universitari de Bellvitge (HUB) está adscrita al Servicio de Medicina Interna del hospital y tiene, entre otros, como objetivo la valoración y seguimiento de los pacientes mayores ingresados para:

- Dar soporte al equipo asistencial en la atención al paciente con un asesoramiento especializado.
- Iniciar programas de educación sanitaria tanto para el paciente como para su familia.
- Conocer el entorno familiar para poder planificar el recurso mas idóneo al alta hospitalaria.

A fin de proporcionar una atención geriátrica de calidad, el equipo de la UFIS de geriatría tiene como estrategia la VGI proactiva de aquellos pacientes que por sus características pueden beneficiarse de la intervención de profesionales especializados.

Dentro del Pla de Salut de Catalunya 2011-2015 se contempla el programa de prevención y atención a la cronicidad, que define el concepto de paciente crónico complejo (PCC) y establece un sistema de identificación y registro para que todos los profesionales puedan actuar con unificación de criterios a fin de mejorar su asistencia, la calidad de vida y racionalizar los recursos sanitarios utilizando el dispositivo asistencial más idóneo a su situación de salud.

En este contexto, el HUB, perteneciente a la gerencia territorial metropolitana sur, ha emprendido una serie de acciones orientadas a potenciar la colaboración de los profesionales de los diferentes niveles asistenciales con el objetivo de ofrecer una atención integrada, dar respuesta a las necesidades de los pacientes y familias y garantizar una correcta utilización de recursos.

La intervención de las UFIS consiste en realizar la VGI proactiva a todos los PCC ingresados en el hospital cuya edad es de 80 años o más, con la finalidad de evitar complicaciones durante el ingreso, valorar el dispositivo más idóneo en el momento de alta y garantizar la continuidad asistencial.

OBJETIVOS

- Exponer la metodología en la identificación y atención de los PCC y las estrategias adoptadas para garantizar la atención integral, integrada y la continuidad asistencial.
- Analizar y describir los diferentes parámetros de la VGI a los PCC atendidos en nuestra unidad.

MATERIAL Y MÉTODO

El concepto de PCC viene definido prioritariamente por la presencia de diversas enfermedades crónicas que determinan una situación de multimorbilidad grave.

Estos pacientes tienen unas características definitorias entre las que se encuentran[2]:

- Evolución de su situación de salud difícil de controlar.
- Elevada utilización de servicios de urgencias con diferentes episodios de hospitalización.
- La condición del paciente puede ir acompañada de una situación de fragilidad.
- Su atención requiere de la intervención de diferentes profesionales y la coordinación de los diferentes niveles asistenciales.

La finalidad del programa es ofrecer una atención proactiva que facilite:

- La utilización del dispositivo más adecuado para mejorar la calidad de vida.
- La atención a su situación de salud.
- Garantizar la eficiencia en la utilización de los recursos sanitarios.

En el HUB, el programa de atención y tratamiento del PCC tiene como principales objetivos[5]:

- Mejorar la calidad de vida.
- Incrementar el nivel de autocuidados.
- Evitar reingresos y descompensaciones.
- Consolidar las líneas de comunicación entre la atención primaria y la atención especializada.

Son pacientes que han presentado dos o más ingresos hospitalarios en los últimos 12 meses y con un diagnóstico principal de:

- Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC).
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
- Insuficiencia renal.
- Diabetes mellitus.
- Neumonía.
- Infecciones de las vías urinarias.

El plan de trabajo va encaminado a:

- Potenciar la atención intermedia: hospitalización a domicilio (HAD), hospital de día (HDD).
- Garantizar la continuidad de cuidados: protocolo de preparación del alta (PREALT).
- Reforzar los programas existentes: insuficiencia cardíaca (IC) y EPOC.

- Intervención de la Unidad de Trabajo Social.
- Intervención de la UFIS.

Identificación de los PCC

Uno de los objetivos del Departament de Salut es identificar a los PCC en la historia clínica informatizada (HCI) para conocimiento de todos los profesionales asistenciales (fig. 1). En esta imagen se puede apreciar la identificación de los PCC en su HCI.

Existen en el hospital varios programas de soporte y dispositivos alternativos a la hospitalización convencional, que describiremos brevemente para hacer más comprensible el programa iniciado:

- Hospitalización a domicilio (HAD). Equipo de atención hospitalaria en el domicilio, para la atención de pacientes en fase subaguda, que precisan de cuidados complejos y que disponen del soporte y convivencia con cuidador.
- Hospital de día evaluador (HDD). Unidades para la evaluación de pacientes que requieren de tratamientos, cuidados y/o pruebas diagnósticas que no pueden realizarse sin necesidad de ingreso hospitalario.
- Programa de preparación al alta (PREALT). Este programa está dirigido a pacientes que al alta hospitalaria precisan de la intervención del equipo de atención primaria para atención domiciliaria en las primeras 24-48 h; es un instrumento que mejora la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales y garantiza la continuidad asistencial.
- En el marco del Programa de seguimiento al enfermo crónico existen en el HUB programas de atención a pacientes en situaciones clínicas específicas para el abordaje multidisciplinar de sus patologías que garantizan un tratamiento y unos cuidados integrales, como son: el Programa de insuficiencia cardíaca congestiva y el Programa de enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Cuando un paciente con perfil de PCC acude a Urgencias, según su problema de salud y el tratamiento y cuidados necesarios, puede (fig. 2):

- Volver al domicilio.
- Ser valorado en el HDD.
- Volver al domicilio con intervención del HAD.
- Ingresar en la unidad de corta estancia de urgencias (UCEU).
- Ingresar en el hospital.

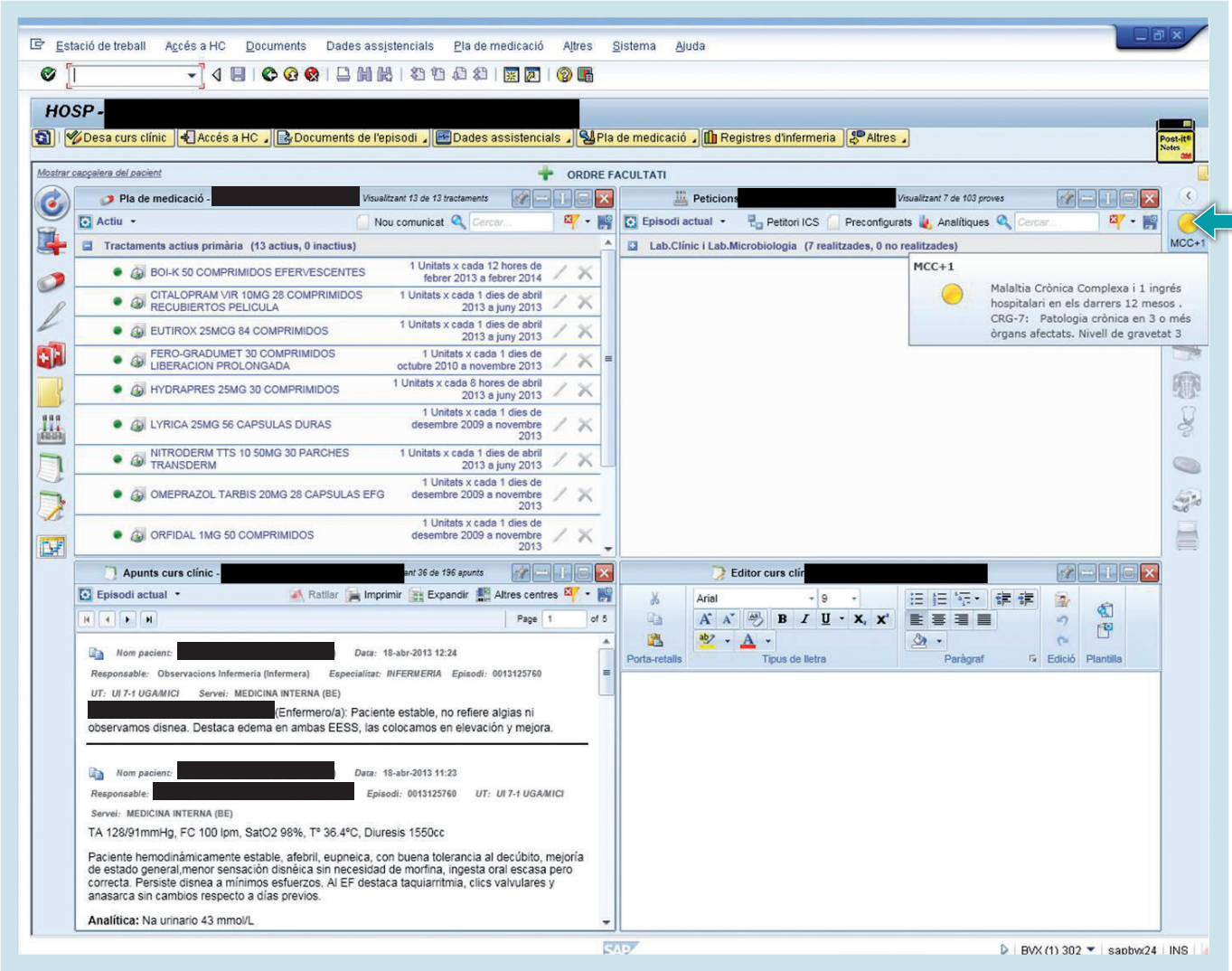

Figura 1. Pantalla de la historia clínica informatizada.

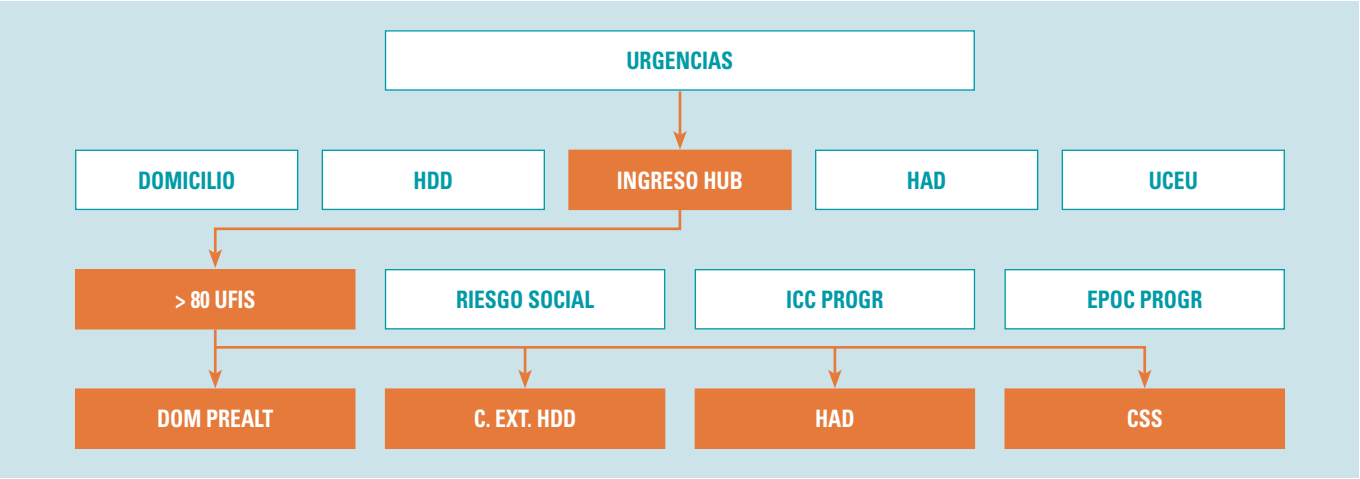

Figura 2. Algoritmo del circuito de atención al paciente crónico complejo.

C. EXT.: consultas externas; CSS: centro sociosanitario; DOM: domicilio; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; HAD: hospitalización a domicilio; HUB: Hospital Universitari de Bellvitge; ICC: insuficiencia coronaria; PREALT: programa de preparación al alta; UCEU: Unidad de Corta Estancia de Urgencias; UFIS: Unidad Interdisciplinaria Sociosanitaria.

Si ingresa en el hospital, según sus necesidades puede ser atendido por el trabajador social, la UFIS y/o ser incluido en programas de ICC o EPOC para su control y seguimiento.

La enfermera gestora responsable del programa de continuidad asistencial en el HUB avisa mediante una interconsulta a nuestra unidad cuando ingresa un PCC de edad igual o mayor de 80 años. A todos ellos se les realiza una VGI y se hace un seguimiento durante el ingreso, efectuando las intervenciones necesarias para su cuidado y atención.

Al alta hospitalaria puede:

- Volver al domicilio con protocolo PREALT.
- Seguimiento en el HUB en HDD o consultas externas.
- Atención domiciliaria con dispositivo HAD.
- Ingreso en un centro sociosanitario (CSS).

Desde la implantación del programa en el mes de octubre de 2012 y hasta final de febrero de 2013, en la UFIS de geriatría del HUB se han atendido 97 PCC de edad igual o mayor de 80 años.

RESULTADOS

El análisis descriptivo de los parámetros de la VGI nos da el perfil del paciente atendido dentro del programa PCC por la UFIS de geriatría.

Fundamentalmente ingresan en los servicios de medicina interna, cardiología y neumología (fig. 3).

El 58% de los pacientes tienen una edad comprendida entre 80 y 84 años y el 27% entre 85 y 89 años (fig. 4).

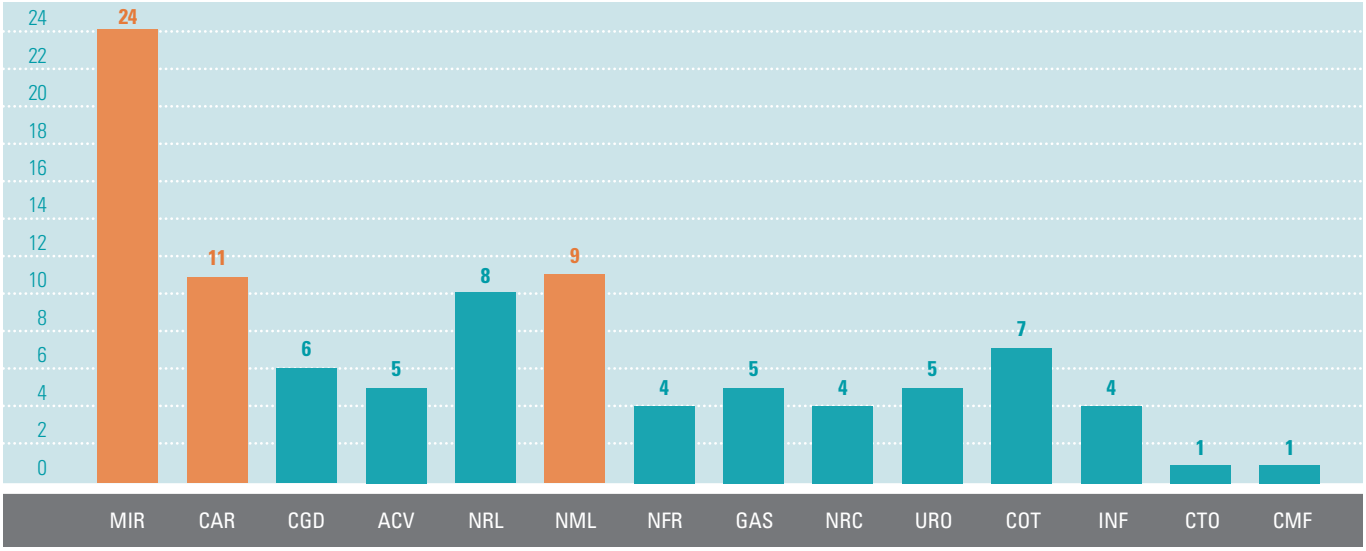

Figura 3. Ingresos por servicios.

ACV: Angiología y Cirugía Vascular; CAR: Cardiología; CGD: Cirugía General Digestiva; CMF: Cirugía Maxilofacial; COT: Cirugía Ortopédica y Traumatología; CTO: Cirugía Torácica; GAS: Gastroenterología; INF: Infecciosos; MIR: Medicina Interna; NFR: Nefrología; NML: Neumología; NRC: Neurocirugía; NRL: Neurología; URO: Urología.

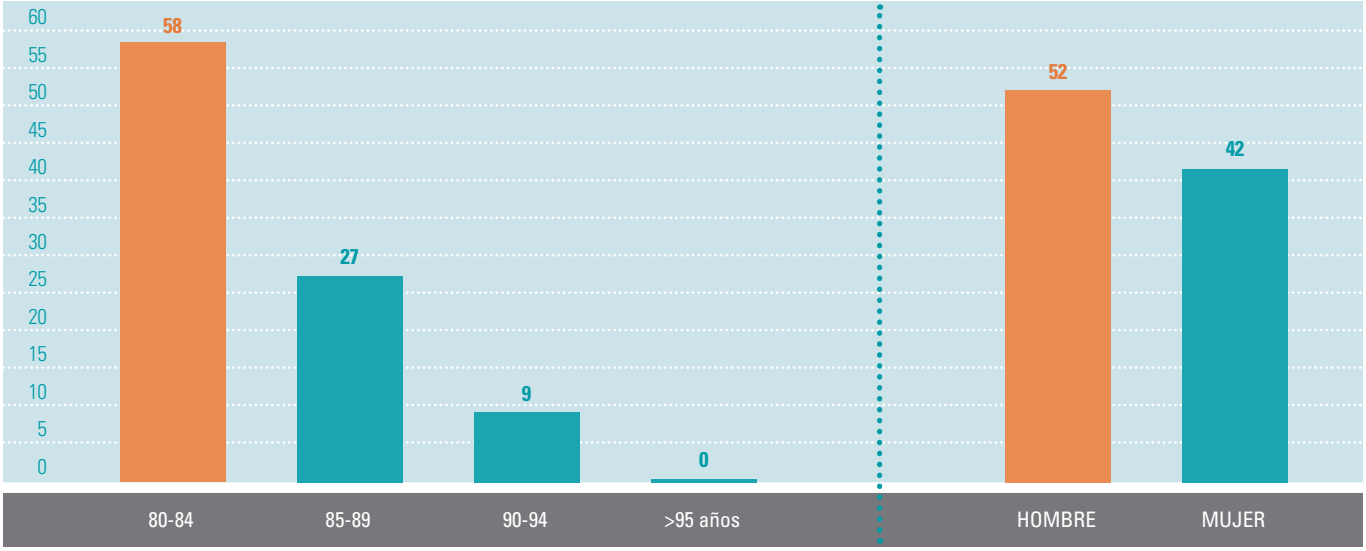

Figura 4. Proporcionalidad por edad y sexo.

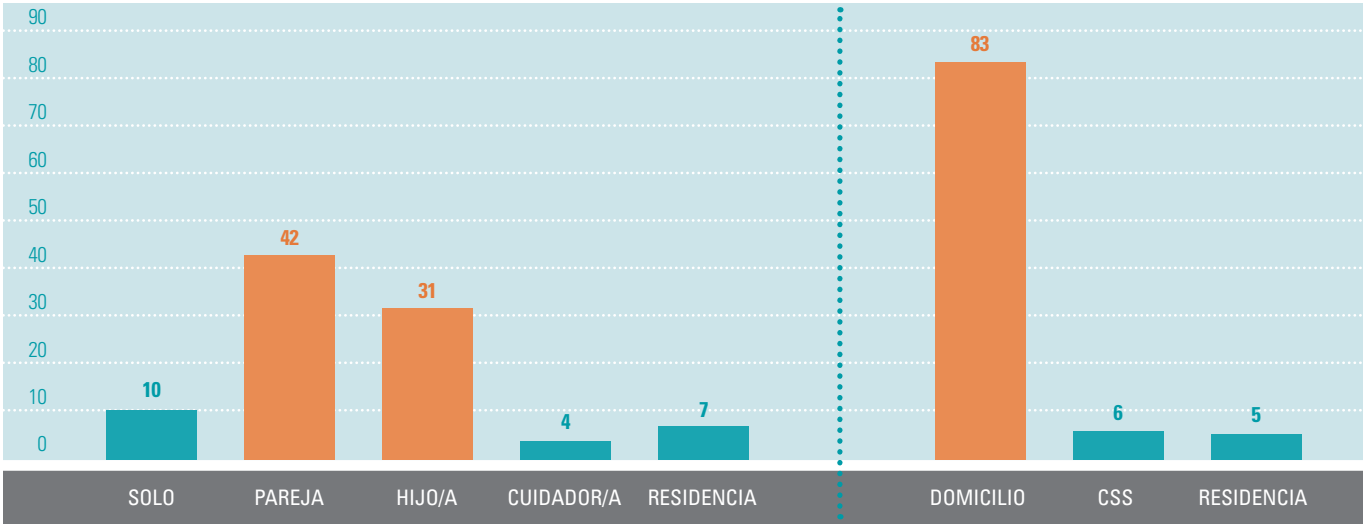

Figura 5. Convivencia y procedencia.

CSS: centro sociosanitario.

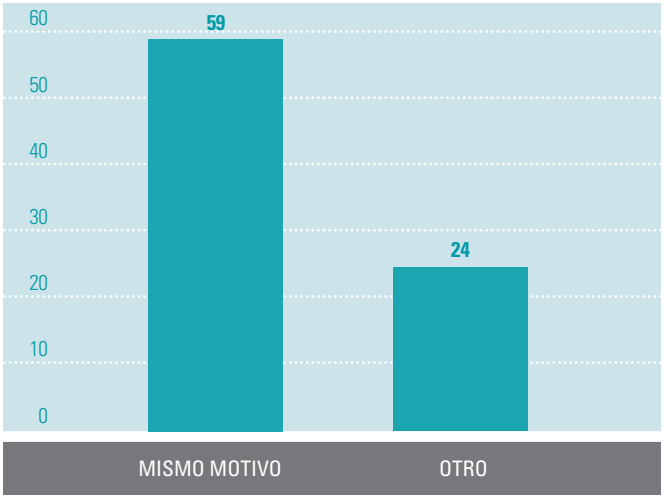

Figura 6. Motivo de ingreso.

Vive en el domicilio con su familia: un 42% con su pareja y un 31% con algún hijo; solo un 10% vive solo.

Ingresan en el HUB procedentes de su domicilio en un 83% (fig. 5).

Un 54,63% ingresa por descompensación de su estado de salud por su patología de base, y un 45,37% por otro diagnóstico añadido (ictus, fractura de fémur, etc.) (fig. 6).

Es autónomo o con un nivel de dependencia leve para las ABVD antes del ingreso, según el índice de Barthel.

En las primeras 24 h del ingreso presenta un nivel de dependencia moderado o grave (fig. 7).

En el momento de la valoración, el 58,76% de los pacientes presentan un estado cognitivo normal y el 19,58% un deterioro cognitivo leve según el *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ).

En un 71% de los casos hay un buen soporte familiar, está identificado el cuidador principal y no hay signos de claudicación familiar (fig. 8).

Al alta hospitalaria vuelve a su domicilio un 59% de los pacientes y un 24% requiere de un recurso sociosanitario temporal, con un perfil fundamentalmente de convalecencia en un 49% (fig. 9).

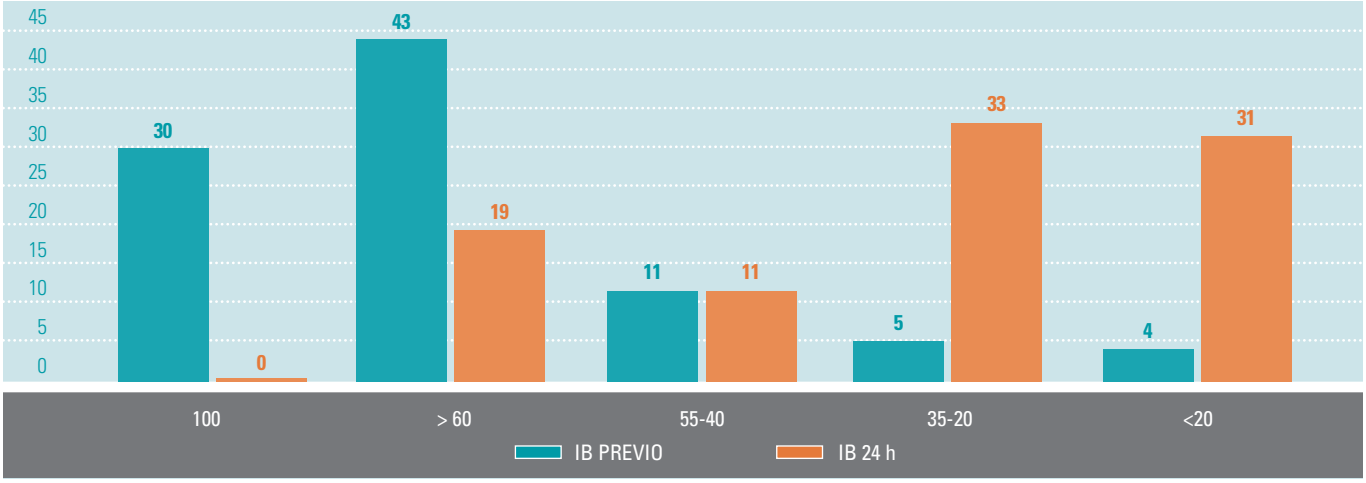

Figura 7. Nivel de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria previo y a las 24 h del ingreso.

IB: índice de Barthel.

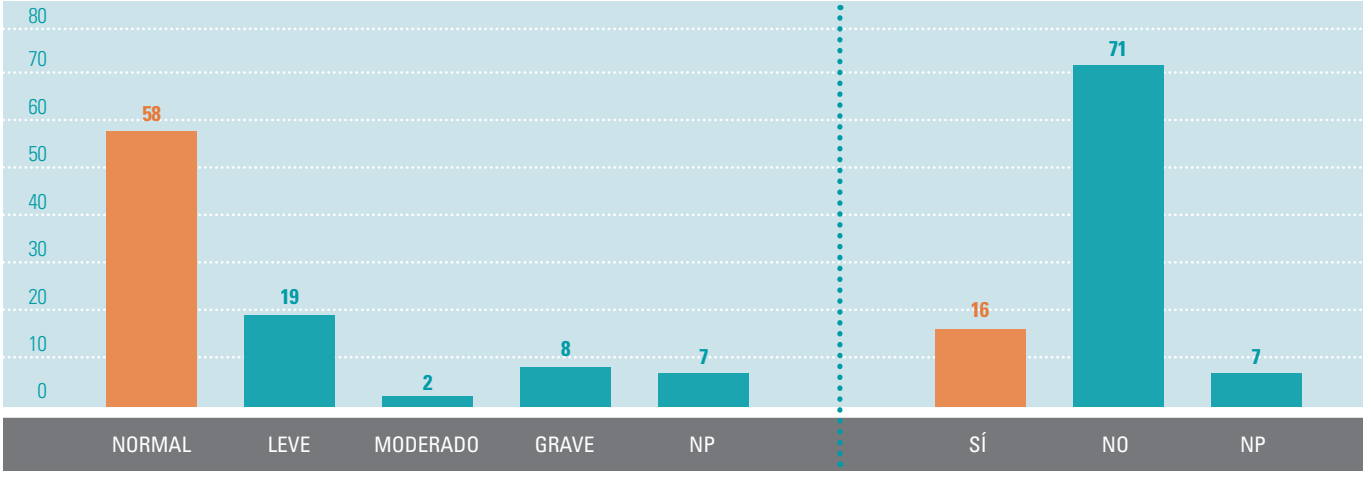

Figura 8. Estado cognitivo y soporte familiar.

NP: no procede.

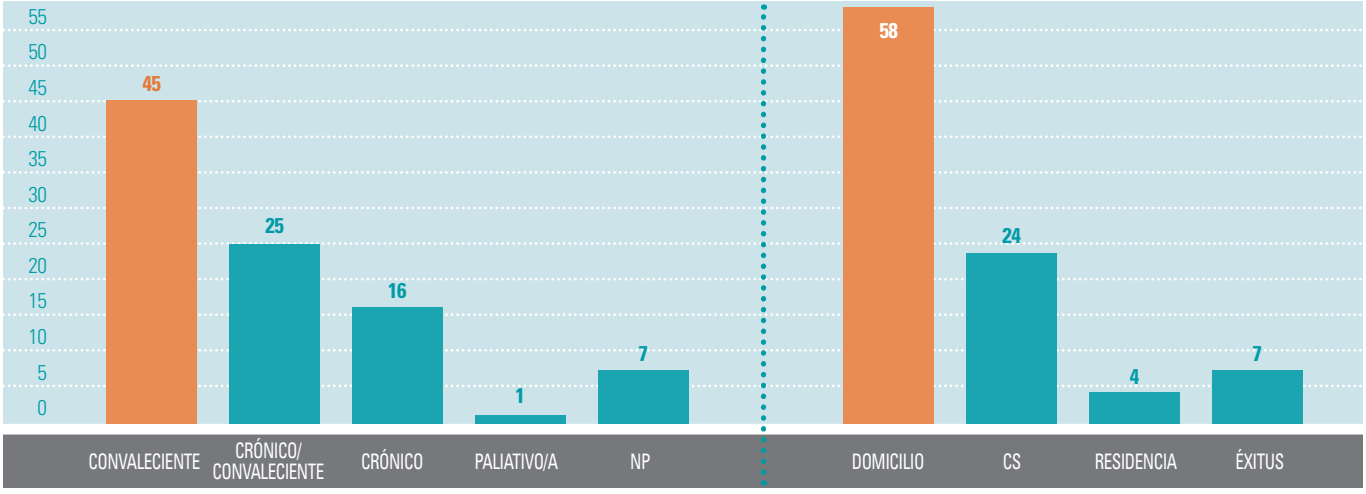

Figura 9. Perfil y destino al alta.

CS: centro sociosanitario; NP: no procede.

Se han establecido mecanismos de comunicación con los equipos de atención primaria para garantizar la continuidad de cuidados. Todos los pacientes identificados como PCC que van a su domicilio al alta hospitalaria entran en el programa PREALT y la información se gestiona desde la UFIS que se coordina con el CSS para los pacientes que son trasladados.

CONCLUSIONES

Queremos resaltar la importancia de disponer de mecanismos de identificación de estos pacientes con un alto grado de fragilidad, realizar una VGI proactiva y planificar las intervenciones necesarias para evitar complicaciones durante el ingreso, garantizar la continuidad asistencial y dar seguridad a la familia a través de un equipo de soporte de referencia.

El perfil de los PCC que ingresan en el HUB nos demuestra que son pacientes en situación de fragilidad clínica que por su nivel de autonomía y buen soporte familiar pueden beneficiarse de una atención especializada para atender su problema de salud y facilitar el retorno al domicilio utilizando el dispositivo asistencial más adecuado a sus necesidades.

Evitar los reingresos hospitalarios contribuirá a la eficiencia del sistema y sobre todo aumentará la calidad de vida de los pacientes ■

> **"Al final lo que importa no son los años de vida, sino la vida de los años"**
> *Abraham Lincoln*

Conflicto de intereses
Las autoras declaran que no existe conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cruz Lendínez AJ, Villar Dávila R, García Ramiro PA, López Medina IM, Jiménez Díaz MC, Pancorbo Hid PL. Plantilla de enfermería y demanda de cuidados de ancianos hospitalizados, ¿son suficientes los recursos? Gerokomos. 2007;18:188-96.
2. Ruiz Hidalgo D. La valoración geriátrica en los hospitales: de la quimera a la necesidad. Rev Mult Gerontol. 2005;15(1):36-9.
3. Canga Armador AD, Narvaiza Sollis MJ. Intervención de enfermería para disminuir las complicaciones derivadas de la hospitalización en los ancianos. Gerokomos. 2006;17(1):30-7.
4. Generalitat de Catalunya. Programa de prevenció i Atenció a la Cronicitat. Pla de Salut 2011-2015. Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematics/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic
5. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla Director Sociosanitari. Octubre 2006. Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematics/linies_dactuacio/salut_i_qualitat/plans_directors_2008-2010/sociosanitari/que_es/documents/pd_socisanitari271006.pdf
6. Generalitat de Catalunya. Pacient Crònic Complex. Projecte de programa d'atenció al pacient crònic complex. Versió 1.1. Agost 2012. Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/pla_de_salut_2011_2015/experiencies_i_projectes_sobre_el_pla_de_salut_2011-2015/pacient_cronic
7. Hospital Universitari de Bellvitge. Gerència Territorial Metropolitana Sud. Coordinació i Integració Territorial Metropolitana SUD. Desembre 2012. Disponible en: http://www.bellvitgehospital.cat/
8. Mañas MD, Marchán E, Conde C, Sánchez S, Sánchez-Maroto T, Molina MC. Deterioro de la capacidad funcional en pacientes ancianos ingresados en un Servicio de Medicina Interna. An Med Interna. 2005;22(3):130-2.
9. Inzitari M, Espinosa L, Pérez MC, Roqué M, Argimón JM, Farré J. Derivación de pacientes geriátricos subagudos a un hospital de atención intermedia como alternativa a la permanencia en un hospital general. Gac Sanit. 2012:26:166-9.
10. Vidán MT, Sánchez E, Alonso M, Errasquin B, Martínez de la Casa A, Ortiz FJ. Deterioro funcional durante la hospitalización en ancianos. Beneficios del ingreso en el servicio de geriatría. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008;43:133-8.

Escuela de Formación e Investigación en Heridas

School of Wound Care for Research and Education

Escola de Formaçao e Investigaçao em Feridas

www.escueladeheridas.org

Formación reglada a profesionales en actividades académicas de distinto calado (seminarios, cursos de post-graduación, etc) a través de la Escuela de

Investigación y Formación en Heridas

fundación sergio juán jordán para la investigación y el estudio de las heridas crónicas

GNEAUPP