



ARTÍCULO ESPECIAL

Capítulo 5. Estructura y funcionamiento del hospital de día



Carlos A. Plata

Unidad de Insuficiencia Cardíaca y Trasplante Cardíaco, DIME Clínica Neurocardiovascular, Cali, Colombia

Recibido el 17 de noviembre de 2015; aceptado el 12 de enero de 2016

Disponible en Internet el 5 de febrero de 2016

PALABRAS CLAVE

Insuficiencia
cardíaca;
Factores de riesgo;
Pronóstico

Resumen

Introducción: El hospital de día es un elemento cardinal dentro del funcionamiento de las Clínicas de insuficiencia cardíaca.

Objetivo: Describir las características y los procesos que pueden realizarse en el hospital de día para mejorar la atención de los pacientes.

Metodología: Revisión de la literatura disponible.

Conclusión: Los programas de intervención y educación multidisciplinarios (Hospital de día) han demostrado disminuir la mortalidad y los ingresos hospitalarios por descompensación, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes, constituyéndose en intervenciones costo-efectivas.

© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Cardiac failure;
Risk factors;
Prognosis

Chapter 5. Structure and operation of the day hospital

Abstract

Introduction: The day hospital is a central component in the operation of heart failure clinics.
Objective: To describe the features and procedures which can be performed in day hospitals in order to improve patient care.

Methodology: Review of the available literature.

Conclusion: Multidisciplinary intervention and education programmes (day hospital) have been shown to reduce mortality and hospital admissions due to decompensation, and to improve patients' quality of life, and are therefore cost-effective.

© 2016 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Correo electrónico: cplata@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2016.01.007>

0120-5633/© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El hospital de día es un elemento trascendental dentro del funcionamiento de las clínicas de insuficiencia cardiaca. En este capítulo se describen las características y los procesos que pueden realizarse en el Hospital de día para mejorar la atención de los pacientes.

El Hospital de día de la Unidad de Insuficiencia Cardiaca es una estructura formada por un conjunto de profesionales, cuyo eje principal lo constituyen el cardiólogo y la enfermera especializados en el diagnóstico y tratamiento de pacientes con insuficiencia cardiaca¹.

Dentro de sus objetivos principales se encuentra el seguimiento estrecho (presencial y telefónico) de los pacientes con mayor riesgo de reingreso hospitalario (estadios C y D), el ajuste y la optimización del tratamiento no farmacológico y farmacológico (incluyendo la administración parenteral de diuréticos, hierro e inotrópicos), la identificación precoz de las posibles descompensaciones, y la educación del paciente y sus familiares en el conocimiento y cuidado de la enfermedad²⁻⁴.

Características del hospital de día

1. Prevención del reingreso hospitalario en pacientes con insuficiencia cardiaca aguda en compensación y de la primera hospitalización en pacientes con insuficiencia cardiaca crónica descompensada a través de consulta prioritaria y acceso telefónico o presencial^{5,6}.
2. Tratamiento basado en la evidencia (MBE) de acuerdo con las recomendaciones de las guías de práctica clínica para el tratamiento de la insuficiencia cardiaca^{7,8}.
3. Acceso frecuente a la evaluación por parte de Cardiología y Enfermería especializados en el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca.
4. Educación intensiva del paciente y/o cuidador por parte de Nutrición y Psicología que garantice la adherencia a las medidas no farmacológicas y farmacológicas.
5. Titulación rápida de medicamentos que permita perfiles de tratamiento óptimos, con vigilancia estrecha de efectos secundarios.
6. Tratamiento con ultrafiltración de los síntomas congestivos (disnea y/o edemas) en pacientes con insuficiencia cardiaca refractarios a la terapia diurética.
7. Administración de tratamientos parenterales (diuréticos, terapia inotrópica intermitente ambulatoria, corrección del déficit de hierro y anemia), para la mejoría de los síntomas y la calidad de vida.
8. Seguimiento telefónico que permita identificar síntomas y/o signos precoces de descompensación.
9. Continuidad educativa por parte de Enfermería, Nutrición y Psicología que garantiza altos niveles de autocuidado.

Requerimientos

1. Monitores de presión arterial y ritmo cardiaco.
2. Sillas reclinables o camas.
3. Desfibrilador.
4. Stock de farmacia.

5. Material para la administración de fármacos intravenosos.
6. Toma de oxígeno y vacío.
7. Teléfono y computador con acceso a Internet.

Personal

1. Cardiólogo especialista en insuficiencia cardiaca.
2. Enfermera con entrenamiento en insuficiencia cardiaca.
3. Auxiliar de enfermería.

Protocolos

1. Titulación de betabloqueadores, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, antagonistas de los receptores de la angiotensina II y antialdosterónicos
2. Corrección de la anemia.
3. Tratamiento de la descompensación con terapia diurética.
4. Inotrópicos intermitentes como terapia paliativa.

Candidatos a la intervención

1. Pacientes de alto riesgo: ingreso o descompensación reciente, candidato a trasplante cardiaco, clase funcional III-IV de la NYHA, candidato a resincronización o desfibrilador y anemia.
2. Autónomo.
3. Motivado.
4. Buen apoyo social.
5. Descompensación que no requiera ingreso hospitalario.

Conclusión

El hospital de día es un elemento primordial dentro de la estructura de un programa de atención de pacientes con insuficiencia cardiaca que permite un cuidado más integrado, intensivo y multidisciplinario, ofrece ventajas significativas en la evaluación y el alcance de los objetivos terapéuticos, proporciona un área física determinada para la tarea educativa y promueve estrategias de autocuidado⁹⁻¹¹. Las características de máxima accesibilidad y asistencia inmediata del paciente descompensado lo convierten en una herramienta fundamental para la reducción de ingresos hospitalarios.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Brown L, Forster A, Young J, Crocker T, Benham A, Langhorne P. Day Hospital Group. Medical day hospital care for older people versus alternative forms of care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;6:CD001730.
2. Roiga E, Pérez-Villaa F, Cuppoletta A, Castilloa M, Hernández N, Morales M, et al. Programa de atención especializada en la insuficiencia cardiaca terminal. Experiencia piloto de una

- unidad de insuficiencia cardiaca. *Rev Esp Cardiol.* 2006;59:109–16.
3. Feltner C, Jones CD, Cené CW, Zheng ZJ, Sueta CA, Coker-Schwimmer EJJ, et al. Transitional care interventions to prevent readmissions for people with heart failure [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US) [Acceso May 2014]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK209241/> PubMed PMID: 24967474.
 4. Inglis SC, Clark RA, McAlister FA, Ball J, Lewinter C, Cullington D, et al. Structured telephone support or telemonitoring programmes for patients with chronic heart failure. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010:CD007228, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858>.
 5. Holland R, Battersby J, Harvey I, Lenaghan E, Smith J, Hay L. Systematic review of multidisciplinary interventions in heart failure. *Heart.* 2005;91:899–906.
 6. Capomolla S, Febo O, Ceresa M, Caporotondi A, Guazzotti G, La Rovere M, et al. Cost/utility ratio in chronic heart failure: comparison between heart failure management program delivered by day-hospital and usual care. *J Am Coll Cardiol.* 2002;40:1259–66.
 7. McMurray JJV, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. *Eur J Heart Fail.* 2012;14:803–69.
 8. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE, Drazner MH, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2013;62:e147–239.
 9. Comín-Colet J, Verdu J, Vallespin E, Cleries M, Bustins M, Mendoza L, et al. Eficacia de un programa integrado hospital-atención primaria para la insuficiencia cardiaca: análisis poblacional sobre 56.742 pacientes. *Rev Esp Cardiol.* 2014;67:283–93.
 10. McAlister FA, Lawson FM, Teo KK, Armstrong PW. A systematic review of randomized trials of disease management programs in heart failure. *Am J Med.* 2001;110:378–84.
 11. McAlister FA, Stewart S, Ferrua S, McMurray JJ. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: a systematic review of randomized trials. *J Am Coll Cardiol.* 2004;44:810–9.