



ARTÍCULO ESPECIAL

Capítulo 9. Transición del cuidado hospitalario al cuidado ambulatorio



María J. Rodríguez ^{a,b,c,d}

^a Fundación Clínica Abood Shaio, Bogotá, Colombia

^b Hospital del Mar, IMAS, Barcelona, España

^c Unidad de Insuficiencia Cardíaca, Massachusetts General Hospital, Boston, Massachusetts, Estados Unidos

^d Instituto del Corazón de Floridablanca, Fundación Cardiovascular de Colombia, Santander, Colombia

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

Disponible en Internet el 2 de febrero de 2016

PALABRAS CLAVE

Insuficiencia
cardíaca;
Pronóstico;
Estudios de
seguimiento

Resumen

Introducción: La insuficiencia cardíaca es una patología crónica, que consume gran cantidad de recursos en salud y derivan tanto del tratamiento ambulatorio como hospitalario. Parte de este consumo de recursos se debe a reingresos hospitalarios, los cuales, en insuficiencia cardíaca, ocurren en un gran porcentaje en los primeros treinta días del egreso hospitalario, trayendo consigo mayor carga de comorbilidades y mortalidad.

Objetivo: Formular recomendaciones que permitan mejorar la transición del cuidado hospitalario al cuidado ambulatorio.

Metodología: Revisión narrativa de la literatura.

Conclusión: Las intervenciones en la transición de estos pacientes del ámbito hospitalario al ambulatorio, están hechas para facilitar de manera segura, suave y eficaz el cumplimiento de las guías de práctica clínica logrando un impacto tanto en mortalidad como en rehospitalizaciones.

Estas intervenciones se inician tan pronto el paciente ingresa a hospitalización y se basan fundamentalmente en algunos aspectos: educación al paciente, seguimiento telefónico, consulta temprana al egreso hospitalario, evaluación oportuna al ingreso hospitalario, conciliación de medicamentos, detección de cuidadores o cuidador, visitas domiciliarias e integración de los actores del sistema de salud a su nivel de atención.

Las intervenciones en la transición generalmente son lideradas por una enfermera que está encargada de detectar problemáticas adicionales en torno al paciente y conectarlo con el equipo de manejo multidisciplinario para que continúe su tratamiento al egreso.

© 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/>).

Correo electrónico: juli752000@yahoo.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2016.01.011>

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/>).

KEYWORDS

Heart failure;
Prognosis;
Follow-up studies

Chapter 9. Transition from the day hospital to care as an outpatient**Abstract**

Introduction: Heart failure is a chronic disorder, which consumes a great many health resources from both inpatient and outpatient treatment. Part of this consumption of resources is due to hospital readmissions, which in the case of heart failure occur largely in the first thirty days after discharge, entailing greater comorbidities and mortality.

Objective: To formulate recommendations to improve the transition from hospital to care as an outpatient.

Methodology: Narrative review of the literature.

Conclusion: Interventions in the transition of these patients from the hospital to the outpatient setting are carried out in order to safely, smoothly and efficiently facilitate compliance with the clinical practice guidelines and affect mortality as well as rehospitalisation.

These interventions are started as soon as the patient is admitted to hospital and are based fundamentally on certain aspects: patient education, telephone monitoring, early consultation after hospital discharge, appropriate evaluation on admission to hospital, drug reconciliation, finding carers or a carer, home visits and the integration of the various healthcare system agents in their level of care.

Interventions in transition are generally nurse-guided; the nurse is in charge of pinpointing additional problems concerning the patient and communicating with the multidisciplinary team in order to continue their treatment on discharge.

© 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/>).

Introducción

El cuidado de pacientes con falla cardíaca requiere un circuito de atención para implementar a cabalidad las guías de práctica clínica y el cumplimiento al cien por ciento de las recomendaciones con nivel de evidencia I y clase de recomendación A, de modo que genere un impacto certero en morbilidad¹⁻³. La evaluación solo por el cardiólogo en una consulta monográfica aislada de un programa multidisciplinar no suplementa las necesidades especiales de la población de los pacientes con falla cardíaca, deja de lado el contexto de universalidad de la enfermedad y disminuye la efectividad de los tratamientos^{4,5}. Por esta razón es indispensable que los pacientes con esta enfermedad se sigan en programas especializados^{6,7}.

Teniendo en cuenta que el sistema de salud colombiano en su actualidad fragmenta la atención y que esto puede afectar el tratamiento de patologías crónicas, es preciso enfocarse primordialmente en lograr que los pacientes que padecen estas enfermedades se empoderen de las mismas y se parta de estrategias conjuntas para lograr disminuir las rehospitalizaciones.

Probablemente lo importante no sea la implementación de múltiples servicios en la poshospitalización, sino la estrategia utilizada en cada uno de los servicios ofrecidos a esta población con enfermedades crónicas^{8,9}.

Las intervenciones en la transición de estos pacientes se han generado como una alternativa muy racional para ubicar en el contexto de cronicidad y gravedad a los pacientes, de modo que ellos también sean artífices de los resultados que debemos y buscamos obtener con el tratamiento. Las medidas en transición no sólo hablan de aquellas aplicadas

un tiempo previo al alta; son todas aquellas que se toman desde el ingreso a la hospitalización para cautivar la atención del paciente y su entorno social respecto al tratamiento de su patología^{1,2,9}.

En este artículo se pretende concientizar al personal médico de la importancia que tienen estas medidas transicionales, que aunque parecen sencillas deben aplicarse por el impacto que tienen en la tasa de rehospitalizaciones¹⁰. Para lograr esta disminución de rehospitalizaciones se ha determinado, según múltiples registros de pacientes hospitalizados por agudización de falla cardíaca (Registro Adhere, EHFS II, Registro Ahead, Registro Alarm HF, Registro Finn Akva)³⁻⁶, que existen variables validadas que permiten identificar a los pacientes de alto riesgo. Sin embargo, estos registros han valorado el desenlace de mortalidad hospitalaria más que las rehospitalizaciones. De igual forma, la literatura es escasa respecto a los predictores para rehospitalización y algunos de los índices encontrados no están validados para estos pacientes (índice de LACE e índice de Charlson)^{4,5}. Se ha determinado, entonces, el uso de variables aisladas clínicas y no clínicas para mejorar la predicción de rehospitalizaciones^{4,5}. Dentro de las variables no clínicas más utilizadas, Kelsey et al. proponen que el péptido natriurético al egreso de la hospitalización ayudaría con gran precisión a definir un grupo de pacientes con mayor riesgo de reingresos⁸.

El cuidado transicional se refiere a la transferencia de un paciente de un entorno de cuidado o de un conjunto de proveedores a otro, durante el curso de un episodio de atención en salud. Las transiciones óptimas pueden disminuir las tasas de hospitalizaciones potencialmente evitables, así como el riesgo de eventos clínicos adversos asociados a

la medicación, y promover la satisfacción del paciente con su cuidado^{1,2,9}.

El impacto de las intervenciones en cuidado transicional se evidencia en menos rehospitalizaciones, menos costos, mejor calidad de vida, entendimiento y habilidad de los pacientes para empoderarse de su nueva situación de salud, satisfacción del paciente, menor incidencia de trastornos psiquiátricos (menos depresión, menos ansiedad, mejoría de autoestima), menos visitas a urgencias y mejoría de la adherencia a las indicaciones tanto en manejo farmacológico como en manejo no farmacológico^{1,2,9}.

Algunas de las intervenciones que se tienen en cuenta en el manejo transicional son las siguientes:

1. **Educación:** sus componentes principales incluyen principios básicos de falla cardíaca, el rol del sodio en la dieta y la importancia de limitar la ingesta de líquidos, los signos y síntomas de alarma, datos sobre la medicación y la importancia de la misma. Los recursos educativos que se pueden utilizar son varios, incluyen videos, libros, carteleras, e incluso evaluaciones cortas (teach back) las cuales han demostrado mejoría del aprendizaje en estos pacientes^{1,2,9}.
2. **Seguimiento telefónico:** se ha utilizado para proveer soporte al alta y de esta manera determinar como va la adaptación al entorno con su estado actual de salud, y el reconocimiento temprano de complicaciones. Hay múltiples metodologías para el seguimiento telefónico^{1,2,9}.
3. **Visita temprana al alta:** se ha demostrado que el mayor riesgo de hospitalizaciones postegreso está en los primeros treinta días y que a medida que hay reingresos, aumenta la mortalidad y disminuye el tiempo del nuevo reingreso. Teniendo en cuenta lo anterior se ha establecido que la primera visita posterior al alta debe estar coordinada antes del egreso y se debe realizar los primeros siete a diez días postegreso^{1,2,9}.
4. **Valoración de los requerimientos del paciente en su entorno desde la hospitalización:** determinar las posibles barreras familiares y no familiares que encontrará el paciente al egreso hospitalario para así actuar desde la hospitalización y modificar el entorno ya que esto puede significar un reingreso precoz^{1,2,9}.
5. **Conciliación de medicamentos:** conviene explicarles con claridad a los pacientes cada uno de los medicamentos que recibirán, resaltando la importancia del porqué de la toma de estos, el efecto benéfico que traerán y los posibles efectos adversos^{1,2,9}.
6. **Identificar quién es el cuidador primario del paciente:** es vital su identificación para que este soporte familiar o social impacte positivamente en la adherencia a medidas farmacológicas y no farmacológicas en falla cardíaca^{1,2,9}.
7. **Comunicación con los proveedores de salud externos y la entidad aseguradora de salud del paciente:** debe establecerse una comunicación con los encargados de los cuidados de la salud del paciente en el exterior, mencionar los procedimientos realizados, la estratificación de su patología y el plan de manejo a seguir, de manera

que no se pierda la comunicación y no se altere la cadena de seguimiento^{1,2,9}.

Todas estas intervenciones se han valorado en múltiples ensayos clínicos y metaanálisis²; algunas de manera individual y otras de manera conjunta, con un hallazgo en común para todas: la disminución de las rehospitalizaciones por falla cardíaca^{1,2,9}.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Albert N, Barnason S, Deswal A, Hernandez A, Kociol R, Lee E, et al. Research transitions of care in heart failure a scientific statement from the American Heart Association. *Circ Heart Fail.* 2015;8:384–409.
2. Feltner C, Jones C, Cene C, Zheng Z, Sueta C, Coker-Schwimmer E, et al. Transitional care interventions to prevent readmissions for persons with heart failure a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2014;160:774–84.
3. Au A, McAlister F, Bakal J, Ezekowitz J, Kaul P, van Walraven C, et al. Predicting the risk of unplanned readmission or death within 30 days of discharge after a heart failure hospitalization. *Am Heart J.* 2012;164:365–72.
4. Kansagara D, Englander H, Salanitro A, Kagen D, Theobald C, Freeman M, et al. Risk prediction models for hospital readmission. *A Systematic Review.* *JAMA.* 2011;306:1688–98.
5. Huynh Q, Saito M, Blizzard C, Eskandari M, Johnson B, Adabi G, et al. Prediction of 30-day rehospitalization or death among heart failure patients: roles of non-clinical and clinical data. *J Cardiac Fail.* 2015;21:374–81.
6. Peterson P, Rumsfeld J, Liang L, Albert N, Hernández A, Peterson E, et al. A validated risk score for in-hospital mortality in patients with heart failure from the American Heart Association Get With the Guidelines Program. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2010;3:25–32.
7. Braunstein J, Anderson G, Gerstenblith G, Weller W, Niefeld M, Herbert R, et al. Baltimore, Maryland, Noncardiac Comorbidity Increases Preventable Hospitalizations and Mortality Among Medicare Beneficiaries With Chronic Heart Failure. *J Am Coll Cardiol.* 2003;42:1226–33.
8. Flint K, Allen L, Pham M, Heidenreich P. B-type natriuretic peptide predicts 30-day readmission for heart failure but not readmission for other causes. *J Am Heart Assoc.* 2014;3:e000806.
9. Snow V, Beck D, Budnitz T, Miller D, Potter J, Wears R, et al. Transitions of Care Consensus Policy Statement: American College of Physicians, Society of General Internal Medicine, Society of Hospital Medicine, American Geriatrics Society, American College of Emergency Physicians, and Society for Academic Emergency Medicine. *Journal of Hospital Medicine.* 2009;4:364–70.
10. O'Connor C, Hasselblad V, Mehta R, Tassisa G, Califf R, Fiuzat M, et al. Triage After Hospitalization With Advanced Heart Failure The ESCAPE (Evaluation Study of Congestive Heart Failure and Pulmonary Artery Catheterization Effectiveness) Risk Model and Discharge Score. *J Am Coll Cardiol.* 2010;55:872–8.