

Gestió de les crisis i planificació avançada en pacients d'atenció intermèdia i residència per reduir el retorn a aguts



Daniel Colprim
Metge Adjunt Unitat Mitja Estada Polivalent
Hospital Comarcal d'Amposta
Barcelona 20 Octubre 2016



Post-Hospital Syndrome — An Acquired, Transient Condition of Generalized Risk

N ENGL J MED 368;2 NEJM.ORG JANUARY 10, 2013

Harlan M. Krumholz, M.D.

El Sr. Ramón ha patit:

- ∅ Alteració del patró de son normal.
- ∅ Durant 3 dies estigué amb dieta absoluta. Després túrmix.
- ∅ Només ha realitzat sedestació una estona per la tarda.

Això el porta a un **període de risc, adquirit i transitori de vulnerabilitat**

Necessitat de **recuperar-se** de les **conseqüències globals** del estrès de l'hospitalització aguda



- Als **4 dies** d'ingrés inicia amb sensació **d'ofec progressiva** amb l'inici del **tractament rehabilitador**, que **poc a poc** es fa **més intens.....**
- La **matinada del 5è dia**, entra en **Insuficiència Respiratòria Aguda i Edema agut de pulmó.....** Infermeria avisa al metge de guàrdia.
- Inicia el **maneig actiu** al centre assolint **milloria clínica....** Però es planteja certs dubtes....
- Truca al **fill** que **no contesta.....**
- Davant la fragilitat de la situació **opta per derivar el pacient** per a **exploracions complementàries** i valorar **VMNI** ja que està molt somnolent.
- Activa Medicalitzada



Incidència de Rehospitalitzacions i Factors de Risc

Aguts



- 8.5 al 19.6%
 - Als EUA un cost de 17.4 bilions de dòlars
 - Factors de risc: Malnutrició, Oncològics, Insuf. Cardíaca, MPOC entre d'altres.
- (Mor et al. 2010, Zapatero et al. 2012)

Atenció Intermèdia



- 4 al 23%
 - Cost d'uns 4.3 bilions de dòlars
 - Factors de risc: Oncològics, problemes Gastro intestinals, albúmina baixa, > 7 fàrmacs, pèrdua >56p IB i LOS llargues a Aguts. Post Quirúrgics, viure en parella.
- (Dombrowski et al. 2012, Morandi et al. 2013, Colprim et al. 2014)

Residències



- 25 al 49% dels que hi viuen
 - 8 al 15% als 30 dies del ingrés post alta.
 - Factors de Risc: homes, >75 anys, número de comorbiditats, accés a proves complementàries, directrius avançades.
- (Grabowski et al. 2008)

Què en sabem dels reingressos

- Acostumen a produir-se durant els **primers 15 dies d'ingrés**
- Als centres de post-aguts el **20% es produïa dins els primers 6 dies** i un **49% dins dels primers 14 dies d'ingrés**
- Es distribueixen de forma **igual** durant els dies de la setmana.
- Un **29%** es produeixen durant la **tarda-nit**.

Root Cause Analyses of Transfers of Skilled Nursing Facility Patients to Acute Hospitals: Lessons Learned for Reducing Unnecessary Hospitalizations. [J Am Med Dir Assoc.](#) 2016 Mar 1;17(3):256-62

Thirty-day hospital readmission following discharge from postacute rehabilitation in fee-for-service Medicare patients. [JAMA.](#) 2014 Feb 12;311(6):604-14.



Haguéssim pogut fer alguna cosa per evitar el trasllat?

- Es calcula que un **36%** i un **40%** dels ingressos hospitalaris són per patologies que es podien tractar a nivell ambulatori en un primer moment
- Aquests trasllats s'han anomenat **Ambulatory Care-Sensitive**

Appropriateness of the decision to transfer nursing facility residents to the hospital.

J Am Geriatr Soc. 2000 Feb;48(2):154-63.

Predictors of avoidable hospitalizations among assisted living residents.

J Am Med Dir Assoc. 2012 May;13(4):355-9.

measurement of potentially preventable hospitalizations

- Reduir els ingressos prevenibles forma part del “Triple Aim” de la Geriatria.
- Revisió extensa de la literatura sobre intervencions per a disminuir els trasllats evitables.
- >250 accions en la comunitat, centres residencials i post alta hospitalària.
- Aquestes no han estat ben validades en pacients fràgils i crònics.
- Necessitat d’aprofundir en aquests perfils de pacients.

J Am Geriatr Soc. 2012 Dec;60(12):2313-8. doi: 10.1111/jgs.12002. Epub 2012 Nov 29.

Geriatrics and the triple aim: defining preventable hospitalizations in the long-term care population.

Ouslander JG¹, Maslow K.





Assessment tools for determining appropriateness of admission to acute care of persons transferred from long-term care facilities: a systematic review

Anna Renom-Guiteras ✉, Lisbeth Uhrenfeldt, Gabriele Meyer ✉ and Eva Mann

BMC Geriatrics 2014 14:80 | DOI: 10.1186/1471-2318-14-80 | © Renom-Guiteras et al.; licensee BioMed Central Ltd. 2014

Obtenen **29 articles** (1991-2009) amb un rang de trasllats inapropiats entre el **2 al 77%**.
Utilitzen **16 escales diferents** de revisió, totes tenen revisió per part d'un facultatiu expert.

Cobrien 6 aspectes específics:

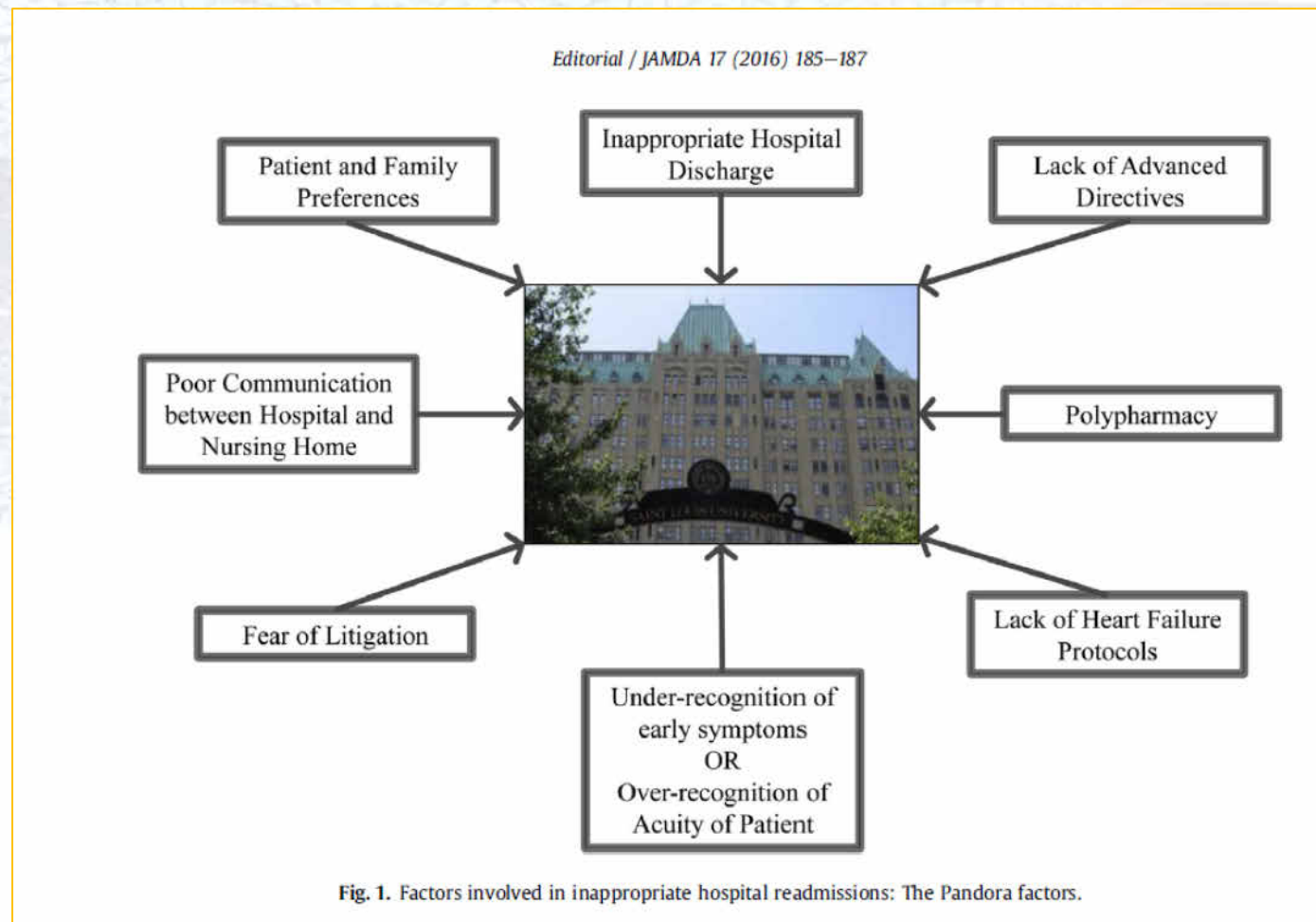
- 1)Diagnòstics mèdics (n=8)
- 2)Agudeses i severitat dels símptomes (n=7)
- 3)característiques dels residents previ a l'ingrés (n=6)
- 4)Desitjos dels pacients i familiars (n=3)
- 5)Existència d'un pla de treball (n=1)
- 6)Disponibilitat i necessitat de recursos (n=10)

Conclouen que moltes de les escales no tenen en compte:

- les característiques individuals dels pacients previs al ingrés
- les voluntats i desitjos de residents i familiars.
- Falta més recerca per trobar una escala basada en la evidència i generalitzable.



No només les complicacions clíniques influeixen en els motius d'un trasllat a aguts



Opening Pandora's Box: The Reasons Why Reducing Nursing Home Transfers to Hospital are so Difficult

John E. Morley MB, BCh *

J Am Med Dir Assoc. 2016 Mar 1;17(3):185-7.



Intervencions

Table 1

Evidence-Based Care Transition Programs

1. INTERACT (Interventions to Reduce Acute Care Transfers)
 2. POLST (Physician Orders for Life Sustaining Treatment)
 3. Care Transition Program, www.caretransitions.org
 4. Bridge Model, www.transitionalcare.org/thebridge-model
 5. Transitional Care Model, www.transitionalcare-info/index.html
 6. BOOST (Better Outcomes for Older Adults through Safe Transitions), www.hospitalmedicine.org/
 7. Project RED (Re-Engineered Discharge), www.bu.edu/fammed/projectred
-

Opening Pandora's Box: The Reasons Why Reducing Nursing Home Transfers to Hospital are so Difficult

John E. Morley MB, BCh • [J Am Med Dir Assoc](#). 2016 Mar 1;17(3):185-7.

- Programa inicialment de millora **qualitativa** a nivell de NH
- Orientat a **identificar, avaluar i comunicar** els canvis en l'estat de salut dels pacients
- **Objectiu:** Disminuir els trasllats als hospitals d'aguts.

<http://interact2.net/>

Eines o Protocols

Comunicació entre nivells assistencials i professionals

Protocols clínics actuació davant signes alarma: Canvi estat mental, caràcter, deshidratació febre, símptomes GI, dispnea, ICC, ITU, Caigudes

Planificació Avançada



Interventions to reduce hospitalizations from nursing homes: evaluation of the INTERACT II collaborative quality improvement project.

J Am Geriatr Soc. 2011 Apr;59(4):745-53.

Ouslander JG¹, Lamb G, Tappen R, Herndon L, Diaz S, Roos BA, Grabowski DC, Bonner A.

- Intervenció en **25 NH** de 3 estats del EUA (**17 amb alta adherència**)
- 6 mesos educació al personal assistencial i suport cada 2 setmanes (RN)
- **Disminució** dels trasllats un **24% (17 NH) al 6% (8NH)** segons adherència. 11NH control 3%.
- **Falta estudis randomitzats controlats.**

Root Cause Analyses of Transfers of Skilled Nursing Facility Patients to Acute Hospitals: Lessons Learned for Reducing Unnecessary Hospitalizations.

J Am Med Dir Assoc. 2016 Mar 1;17(3):256-62.

Ouslander JG¹, Naharci I², Engstrom G³, Shutes J⁴, Wolf DG⁵, Alpert G⁶, Rojido C⁷, Tappen R³, Newman D³.

- **Resultats preliminars** estudi randomitzat controlat de SNF
- 64 de les 88 SNF envien els protocols de revisió dels trasllats.
- Obtenen un total de **4865 protocols durant 12 mesos d'implementació.**
- La **majoria d'ells per signes i símptomes no específics**, però un **16% degut a la insistència del pacient o família.**
- Esperarem els resultats!!!!



Document de voluntats anticipades que es signa amb el metge habitual.

Consta de 4 seccions:

- A. Si es vol **RCP** en cas de PCR
- B. **Intensitat d'intervencions:**
 - I. Mesures de confort exclusives
 - II. Intervencions limitades: tt actius, iv si és necessari, VMNI no IOT, trasllat hospital de referència
 - III. Tractament invasiu si és necessari.
- C. **Signatures** pacient, metge i nom de l'apoderat si és necessari.
- D. Directrius sobre ús **ATB** i **nutrició artificial** al final de la vida.

Revisió sistemàtica 2015:

- 23 estudis la majoria **revisió de les històries clíniques.**
- Només 1/3 sol·licita el nivell més baix de tractament.
- **Falta evidència** que reflecta **les voluntats del pacient o tutors.**
- **Falta avaluar la qualitat de les decisions** preses, i **explorar les experiències de pacients i familiars.**
- **Falten eines de suport** per ajudar a prendre les decisions.
- **Falten més estudis poblacionals.**

J Am Geriatr Soc. 2015 Feb;63(2):341-50.

Aquest programa ha demostrat disminuir els reingressos i el número de morts en hospitals d'aguts.

J Am Geriatr Soc. 2010 Jul;58(7):1241-8.



PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Gestión de traslados potencialmente evitables a los hospitales de agudos desde unidades de rehabilitación geriátrica: aspectos críticos de un protocolo de intervención

Daniel Colprim^{a,b,c,*}, Mónica Casco^a, Jennifer Malumbres^a, Ginés Rodríguez^a y Marco Inzitari^{a,b}

^a Parc Sanitari Pere Virgili, Barcelona, España

^b Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

^c Unidad de Media Estancia Polivalente, Hospital Comarcal d'Ampost, Ampost, Tarragona, España

Estudi Pre (1 de Nov-13 al 31 Maig-14) – Post (1 Nov-14 al 31 Maig 15) intervenció.
Realitzat al PSPV.

Plantegem intervenció en dos eixos:

1. Planificació de les directrius avançades.
2. Detecció precoç de símptomes per a realitzar maneig pro-actiu

Tabla 1

Niveles de intensidad terapéutica

- A) Paciente tributario a control sintomático estricto
- B) Paciente tributario a manejo activo en nuestro centro. No traslado a hospital de agudos
- C) Paciente tributario de tratamiento activo, candidato a traslado para exploraciones complementarias y medidas no invasivas^a
- D) Paciente tributario de traslado y medidas invasivas^b

^a Pacientes tributarios de ventilación mecánica no invasiva, necesidad de colocación de vías centrales y adrenérgicos a dosis alfa

^b Entendiendo como medidas invasivas: intubación orotraqueal y ventilación mecánica invasiva

Tabla 2

Metodología para determinar el nivel de intensidad terapéutica (NIP)

- A) Valoración geriátrica integral al ingreso
- B) Determinar si el paciente tiene un documento de voluntades anticipadas
- C) Determinar el nivel de intensidad terapéutica mediante el diálogo con el paciente ayudado por una escala analógica visual
- D) Determinar el NIP
- E) Comentar en la primera reunión interdisciplinar el NIP
- F) Establecer una nota emergente en el sistema informático con el NIP



PROTOCOLO DE DETECCIÓN PRECOZ DE SÍNTOMAS

Nombre: Fecha: Hora:
 Apellidos:
 NHC:

SITUACIONES QUE DEBERÍAN HACERNOS ESTAR EN ALERTA

Generales:

-Ves al paciente diferente? Precisa más ayuda de lo habitual, o no colabora.

Riesgo de deshidratación:

- Disminución de la ingesta oral (>24horas) secundaria a cualquier causa.
- Múltiples episodios de diarrea o vómitos en las últimas 24 horas?
- Dependencia para tomar líquidos (demencia, gastrostomía/SNG), problemas de deglución?
- Está tomando diuréticos?

Cambio agudo del estado mental:

- Exacerbación o aumento de los signos de confusión (desorientación, cambios en el habla...)
- Disminución del nivel de conciencia.
- Aumento de la agitación física / verbal, aumento de delirios o alucinaciones.

Síntomas urinarios

- Presencia de disuria, dolor en hipogastrio.
- Hematuria.
- Nueva aparición o empeoramiento de la urgencia, frecuencia o incontinencia urinaria.
- Sondajes vesicales (dolor abdominal o lumbar, disuria, hematuria y espasmos vesicales)

Disnea / Dolor torácico:

- Disnea de reciente aparición en reposo o que no mejora. Dificultosa y superficial
- Sensación de opresión en el pecho, retroesternal, como una losa .
- No puede dormir sin estar incorporado?
- Aumento de peso >2.5kg en 3 días. Edemas de reciente aparición o que empeoran.
- Aumento de la tos o expectoración.
- Aumento de roncus y sibilancias.
- Dolor torácico con la inspiración o al toser.

PACIENTE EN TRATAMIENTO SIMPTOMATICO/CONFORT?

NO

SI

Administrar medicación según pauta.

Si no se dispone de pauta específica

Avisar al médico responsable o de guardia

SI

No

Control de constantes cada 4h. Comentar al médico referente durante el primer turno disponible

1) VALORACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES

Puntuación	3	2	1	0	1	2	3
Frecuencia respiratoria	≤8		9-11	12-20		21-24	≥25
Temperatura	≤35.0		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥39.1	
TA sistólica	≤90	91-100	101-110	111-249	≥250		
Saturación de oxígeno	≤91	92-93	94-95	≥96			
Oxígeno inspirado				Aire			Cualquier oxigenoterapia
AVDR				Alerta (A)			Voz (V), Dolor (D), No responde (R)

Puntuación ≥6

Puntuación <6

2) EXPLORACIÓN FÍSICA

- Respiratoria (Signos de trabajo respiratorio, no presenta la vía aérea permeable)
- Cardiovascular (Refiere dolor torácico de características coronarias, no definido previamente? Ni con medicación específica?)
- Estado Mental (Valorar nivel de conciencia, presencia de una nueva focalidad neurológica o empeoramiento de la previa?)
- Gastrointestinal/abdomen (Distensión abdominal o hipersensibilidad a la palpación, náuseas, vómitos, diarrea incoercibles)
- Aparato genitourinario (hematuria franca que no se auto limita, presenta signos de RAO)
- Piel (erupción, signos de celulitis, o signos de infección alrededor de la herida/ úlceras ya existentes).

Dels següents objectius de tractament assenyali la importància que té per a vostè

Tenir un bon control dels símptomes

0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10

Mantenir la funcionalitat

0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10

Viure el màxim de temps possible

0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10

Mitjana de puntuació EVA (n=100)

Tenir bon control de símptomes (n=80)	9.11±1.17
Mantenir la funcionalitat (n=78)	9.38±1.37
Viure el màxim de temps possible (n=78)	6.7±3.12
Impossibilitat realitzar EVA	20 pacients

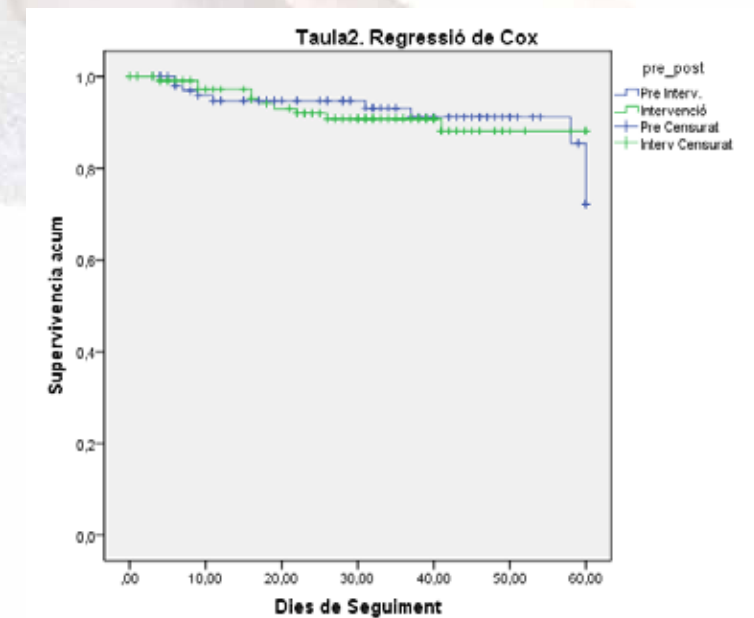
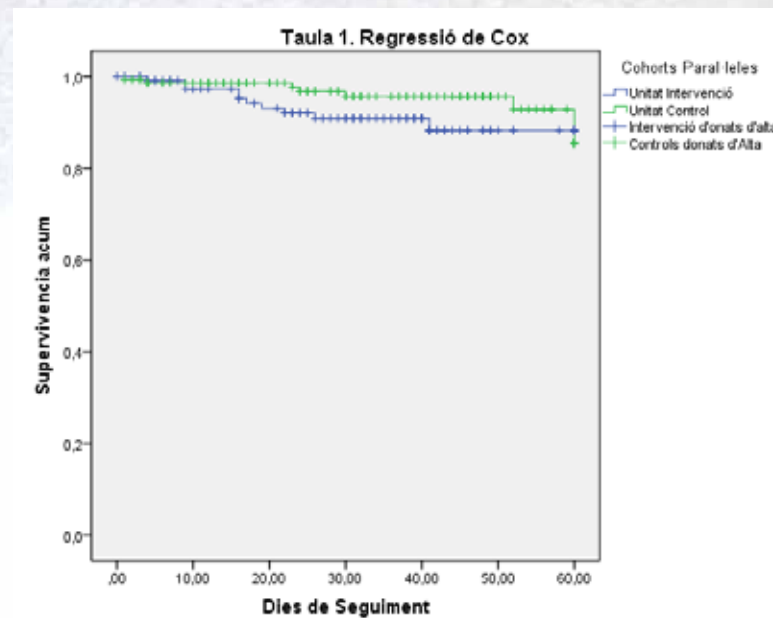
Resultats

Anàlisi de Supervivència Grups Cohorts Paral·leles

	Pacients	Censurats	Supervivència als 60 dies
Intervenció	118	10	91,5%
Control	147	8	94,6%

Anàlisi de Supervivència Grups Cohort Pre i Intervenció

	Pacients	Censurats	Supervivència als 60 dies
Pre-Intervenció	104	10	91,5%
Intervenció	118	10	91,53%



Conclusions

- La **freqüència** dels trasllats es molt **variable**.
- **Factors de risc**: demogràfics, clínics, analítics, socials.
- Es important **detectar quins trasllats són potencialment evitables** i a partir d'aquí **implementar accions de millora**.
- **Falten** estudis aleatoritzats i controlats.



Moltes Gràcies per la vostra atenció!

Correu electrònic: danicolprim@outlook.com

Twitter: [@danicolprim](https://twitter.com/danicolprim)

