

## Herramientas para garantizar la continuidad asistencial en el paciente pluripatológico crónico

Gloria Alonso-Claudio, Leticia Moralejo-Alonso

Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (CAUSA). Salamanca. España

Recibido: 01/03/2020

Aceptado: 01/03/2020

En línea: 31/03/2020

**Citar como:** Alonso-Claudio G, Moralejo-Alonso L. Herramientas para garantizar la continuidad asistencial en el paciente pluripatológico crónico. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2020 (Mar); 5(Supl 1): 3-5. doi: 10.32818/reccmi.a5s1a2.

**Cite this as:** Alonso-Claudio G, Moralejo-Alonso L. Resources to guarantee the continuity of care in the chronic pluripathological patient. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2020 (Mar); 5(Supl 1): 3-5. doi: 10.32818/reccmi.a5s1a2.

**Autor para correspondencia:** Gloria Alonso-Claudio. [galocla@gmail.com](mailto:galocla@gmail.com)

### Palabras clave

- ▷ Enfermedades crónicas
- ▷ Continuidad asistencial

### Keywords

- ▷ Chronic diseases
- ▷ Healthcare continuity

### Resumen

El sistema actual de atención a las descompensaciones agudas de patologías crónicas no parece adecuado. Se necesita un nuevo modelo que asegure la continuidad asistencial entre los diferentes niveles de salud y que sea capaz de proporcionar una atención integral y longitudinal a los pacientes pluripatológicos crónicos. Presentamos un caso que puede servirnos de ejemplo de este nuevo modelo de atención sanitaria.

### Abstract

*The current system of attention to acute decompensations of chronic pathologies does not seem appropriate. A new model is needed that ensures continuity of care between different levels of health and is capable of providing comprehensive and longitudinal care to chronic pluripathological patients. We present a case that can serve as an example of this new model of health care.*

### Puntos destacados

- ▷ Hay que destacar la importancia de la continuidad asistencial en la atención al paciente pluripatológico crónico.
- ▷ Se deben habilitar las herramientas necesarias (circuitos entre Atención Primaria y hospital, utilización de escalas de valoración, presencia programada y periódica de internistas en centros de salud, y modelos de desprescripción, entre otros) para llevar a cabo un nuevo modelo de atención sanitaria a estos pacientes.

## Introducción

Nuestros servicios de salud mantienen una organización de la atención hospitalaria muy parcelada por especialidades y focalizada en la patología aguda. Sin embargo, en la actualidad, la mayor demanda asistencial procede de los pacientes pluripatológicos crónicos (PPC), que requieren frecuentemente atención en diferentes niveles asistenciales y en los que debemos evitar la fragmentación y garantizar la continuidad asistencial<sup>1</sup>. Presentamos el caso de un paciente con pluripatología crónica y su atención en el marco de este nuevo modelo de asistencia sanitaria.

## Historia clínica

Varón de 78 años, entre cuyos antecedentes destacaban los siguientes: hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus tipo 2, cardiopatía isquémica

tipo angina tratada mediante revascularización quirúrgica, fibrilación auricular permanente, isquemia arterial crónica de miembros inferiores y enfermedad renal crónica estadio 3a. Realizaba tratamiento con acenocumarol, furosemida, amlodipino, bisoprolol, sitagliptina, insulina degludec, alopurinol, omeprazol, hierro oral, vitamina D y eritropoyetina. Seguía controles habituales por los servicios de Cardiología, Nefrología y Cirugía Vasculard. En el último año, había acudido a su médico de Atención Primaria múltiples veces, a Urgencias en siete ocasiones y había tenido cuatro ingresos por insuficiencia cardíaca. En el último, se realizó SPECT cardíaco que mostró función sistólica normal y sin signos gammagráficos de isquemia. A pesar de todo, en situación estable, el paciente hacía una vida basal activa, manteniéndose en clase funcional II de la NYHA. No presentaba deterioro cognitivo y era independiente para las actividades de la vida diaria.

El paciente volvió a consultar con su médico, quien lo derivó a Urgencias 15 días después del último ingreso por aumento de peso e inflamación de la cara y de las piernas; no refería cambios en su clase funcional, ni fiebre, ni clínica de infección respiratoria. En Urgencias, se le aumentó la dosis de furosemida y lo derivaron a la Unidad de Continuidad Asistencial (UCA). Esta Unidad tiene un circuito especial con Urgencias y con Atención Primaria para la asistencia a pacientes pluripatológicos crónicos, y lo citamos antes de 48 horas.

A la exploración física, destacaba: peso, 51,5 kg; tensión arterial, 147/67 mmHg; SaO<sub>2</sub> del 91%; afebril; Pfeiffer, 1 error; Barthel, 95; cumplía cuatro categorías PROFUND y el índice PROFUND era de 6 puntos. Estaba consciente y orientado,

presentaba buen estado general, eupneico en reposo, ingurgitación de yugulares, ruidos cardíacos irregulares con soplo sistólico paraesternal, disminución del murmullo vesicular en ambas bases, abdomen normal, y las extremidades presentaban edema con fóvea y ausencia de pulsos pedios.

## Pruebas complementarias

Se efectuaron las siguientes pruebas complementarias:

- Analíticas. Hemograma: Hb 7,5 g/dl (13-18), VCM y HCM normal, ADE 19,9 (10,5-14,5), leucocitos y plaquetas normales. Bioquímica: glucosa 145 mg/dl (76-110), urea 237 mg/dl (17-49), creatinina 2,02 mg/dl (0,7-1,20), FG CKD-EPI 31 ml/min/1,73m<sup>2</sup>, iones normales, hierro 57 µg/dl (33-193), ferritina 97 ng/ml (30-400), índice de saturación 16,8% (20-50), NT-proBNP 3.895 pg/ml (0-365), hormonas tiroideas normales, Hb glicosilada 6,3%. Bioquímica en orina: albuminuria 107 mg/24 h (0-30).
- Electrocardiograma (ECG). Fibrilación auricular a 90x<sup>7</sup>.
- Radiografía de tórax. Cardiomegalia, derrame pleural bilateral.

Desde la consulta, se solicitó ecocardiograma, con resultado de ventrículo izquierdo no dilatado, con función sistólica preservada; ventrículo derecho dilatado, con función sistólica en el límite bajo de la normalidad; insuficiencia tricúspida moderada, que permitía estimar una presión arterial pulmonar de 40 mmHg.

## Evolución

En la consulta, se disminuyó la dosis de furosemida a 80 mg/día (en Urgencias, 120 mg) y se asoció espironolactona 50 mg/día. En el hospital de día, se transfundió y se le puso hierro intravenoso. Se le facilitó un informe para él y otro para su médico; se realizó conciliación de la medicación, aconsejando restricción de líquidos y peso diario; y se le citó a la semana para control clínico y analítico. Tras el descenso de furosemida y la introducción de espironolactona, el paciente había ganado peso, presentaba leve hiponatremia y la función renal se había deteriorado. Se retiró la espironolactona, aumentando la furosemida a 120 mg/día, y se añadieron 12,5 mg de hidroclorotiazida. En la tercera consulta, el paciente había perdido peso y la fun-

ción renal había mejorado. Dada la buena evolución, se decidieron consultas no presenciales con el paciente y con su médico. Tras las primeras tres visitas presenciales, se tuvieron con el paciente o con su médico siete consultas no presenciales, en las que se valoraron peso, tensión arterial y diuresis.

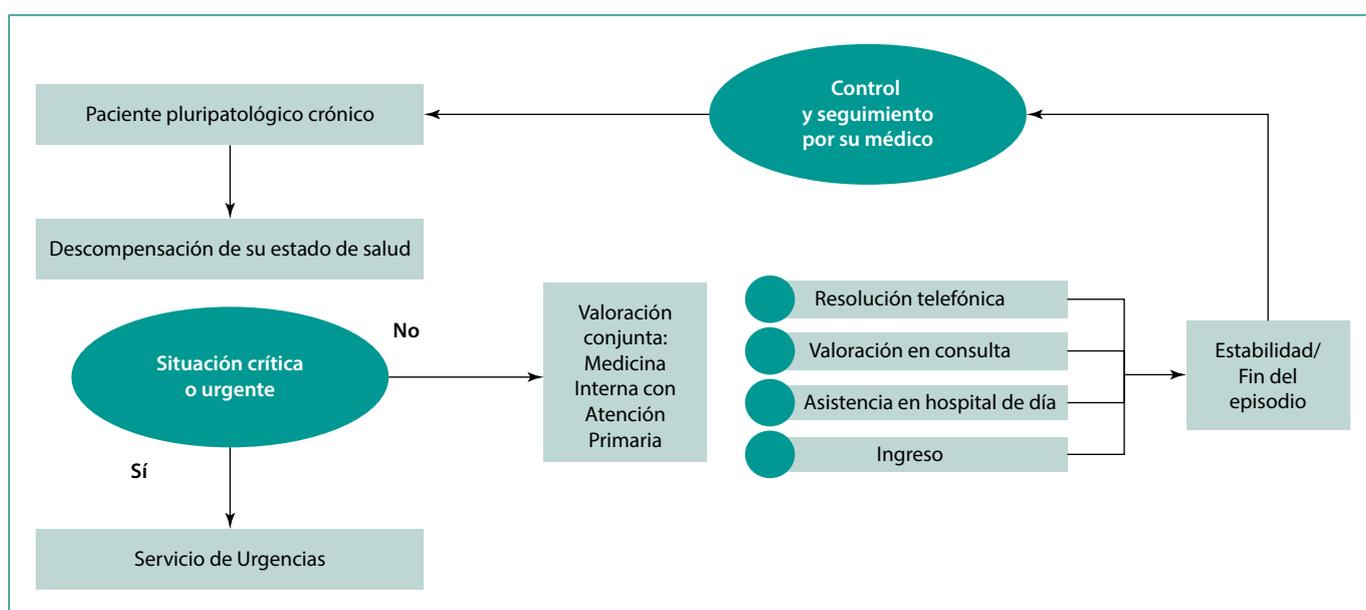
Tras 4 meses de seguimiento, no ha vuelto a Urgencias ni ha ingresado. Su médico es conocedor del circuito asistencial y, si el paciente volviera a presentar una descompensación que no se pudiera solucionar en Atención Primaria, podría contactar directamente y derivarlo a la consulta de Continuidad Asistencial y no a Urgencias.

## Diagnósticos

- Paciente pluripatológico crónico.
- Insuficiencia cardíaca descompensada por anemia.
- Cardiopatía isquémica estable.
- Fibrilación auricular permanente.
- Enfermedad arterial crónica de extremidades inferiores.
- Enfermedad renal crónica.
- Anemia por insuficiencia renal y ferropénica.
- Diabetes mellitus tipo 2.

## Discusión y conclusiones

Nuestros servicios de salud mantienen una organización de la atención hospitalaria muy parcelada por especialidades y focalizada en la patología aguda; sin embargo, hoy en día, la mayor demanda asistencial procede de los pacientes crónicos, generalmente pluripatológicos<sup>1</sup>. Por otra parte, en la última década, distintas experiencias nacionales<sup>2</sup> han demostrado que los modelos de integración asistencial son factibles, mejoran la eficacia y son sostenibles. Estos hechos avalan la necesidad de adaptar los actuales dispositivos asistenciales y sociales a este nuevo contexto, cambio que exige reconfigurar el modelo de atención, garantizando la continuidad entre los diferentes dispositivos que prestan servicios<sup>3</sup>.



**Figura 1.** Esquema del circuito de atención al PPC en la Consulta de Continuidad Asistencial del Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (CAUSA)

Nuestro caso trata de un paciente que acudió a su médico, a Urgencias e ingresó en múltiples ocasiones. Es evidente que el modelo tradicional de atención había fallado y que necesitaba un nuevo modelo de asistencia. Siguiendo las directrices del Plan de Atención al PPC en Castilla y León<sup>1</sup>, en nuestro Servicio hemos establecido las herramientas necesarias para garantizar la continuidad asistencial de los PPC. En primer lugar, tenemos un circuito con Atención Primaria y con Urgencias (**Figura 1**), de manera que, cuando nos contactan, valoramos en consulta al paciente antes de 48 horas si lo creemos necesario.

Cuando un paciente llega a la UCA, los profesional de enfermería del hospital de día le toman las constantes, le hacen los test de evaluación y después vemos al paciente en la consulta médica. En todos los pacientes, valoramos los criterios PROFUND<sup>4</sup> y se calcula el índice PROFUND si son PPC. Si fuera necesario, en el hospital de día se puede coger una vía, hacer analítica urgente, un ECG, poner medicación, transfundir o hacer técnicas invasivas. Tras cada consulta médica, se da siempre al paciente un informe para él y otro para su médico. En la consulta, se insiste mucho en conciliar la medicación, en adecuación y desprescripción. La filosofía no es revisar al paciente cuando ya está estable, sino estabilizarlo y, cuando está bien, que realice el seguimiento su médico, quien nos llamará en caso necesario. Por otro lado, una vez al mes tenemos reuniones con los centros de salud de la ciudad y de algunos de la provincia, y en ellas comentamos casos clínicos y fomentamos la consulta al médico internista. Nuestro objetivo es prestar una atención integral al PPC, acorde con sus necesidades, que minimice el riesgo de descompensaciones y la apari-

ción de eventos adversos, que asegure la continuidad en la atención y que promueva la participación activa del paciente y su familia en los cuidados<sup>1</sup>.

## Bibliografía

1. Proceso de Atención al Paciente Pluripatológico en Castilla y León [Recurso electrónico]. Valladolid. Gerencia Regional de Salud, 2015. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/atencion-cronicos/atencion-paciente-cronico-castilla-leon> (último acceso febrero 2020).
2. Ollero Baturone M (coordinador), et al. Atención a pacientes pluripatológicos: proceso asistencial integrado, 3.ª ed. Sevilla. Consejería de Salud, 2018. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/calidad-investigacion-conocimiento/gestion-conocimiento/paginas/pai-pluripatologicos.html> (último acceso febrero 2020).
3. Mejoras en la atención a personas con enfermedades crónicas en España. Declaración de posición común de la Sociedad Española de Medicina Interna y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. *Rev Clin Esp*. 2020; 220(1): 29-30. doi: 10.1016/j.rce.2019.11.010.
4. Bernabeu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Moreno-Gaviño L, Barón-Franco B, Fuertes A, Murcia-Zaragoza J, et al. Development of a new predictive model for poly pathological patients. The PROFUND index. *Eur J Intern Med*. 2011; 22(3): 311-317. doi: 10.1016/j.ejim.2010.11.012.