

Síndrome Post-Hospitalización. Crónica de un largo camino a casa

Autores: Borsini Eduardo¹, Young Pablo^{2,3}

¹Unidad de Sueño y Ventilación. Centro de Medicina Respiratoria; ²Servicio de Clínica Médica; ³Departamento de Docencia e Investigación. Hospital Británico de Buenos Aires. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

“La enfermedad que sobreviene al convaleciente es más peligrosa”

Lucius Annaeus Séneca; Córdoba, 4 a.C.-Roma, 65 d.C.

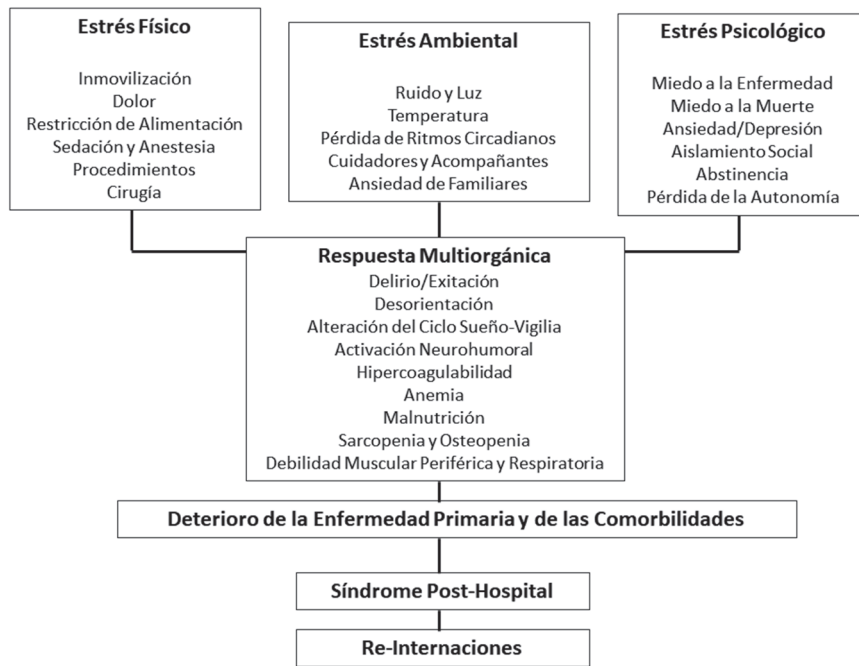
El modelo de *atención médica centrada en el hospital* es originario del mundo árabe y llegó a Europa con las Cruzadas Cristianas estableciéndose inicialmente en monasterios y conventos, para luego separarse de la concepción espiritual y establecerse como un ejemplo de especialización. En tiempos modernos los hospitales se consolidaron como centros de capacitación profesional, formación de recursos humanos y desarrollo de nuevas tecnologías para la salud. Parte del éxito de la medicina contemporánea atribuido a los hospitales se refleja en una mayor supervivencia de pacientes gravemente enfermos y una mejoría de las técnicas quirúrgicas, culminando en una reducción de la mortalidad¹.

La aparición de los cuidados respiratorios modernos y el nacimiento de las Unidades de Terapia Intensiva (UTI) tal como las conocemos, se produjeron con el desarrollo de tecnologías (traqueostomía y ventilación manual) que permitieron el cuidado especializado de enfermos con insuficiencia respiratoria grave durante la epidemia de poliomielitis en Copenhague^{2,3} en agosto de 1952. El advenimiento de técnicas específicas vinculadas al soporte respiratorio (ventiladores mecánicos, monitoreo fisiológico, oxigenoterapia, fisioterapia respiratoria, alimentación artificial etc.) abrió el camino al establecimiento de los cuidados respiratorios críticos y atención de la patología respiratoria compleja.

La asociación de envejecimiento de la población que padece comorbilidades múltiples y factores estresantes durante la hospitalización son predictores del fenómeno de re-hospitalización en los primeros 30 días siguientes al alta y por causas diferentes a la que motivara su ingreso inicial⁴⁻⁶. Esta situación ha sido descrita por Krumholz, quien acuñara el término “*Post-Hospital Syndrome*” (Síndrome Post-Hospitalización) dado a conocer en el *New England Journal of Medicine* en el año 2013, señalándolo como un objetivo pendiente de ser modificado por la ciencia médica moderna^{1,7-9}.

Las re-internaciones durante los primeros 30 días pueden estar asociadas con una progresión natural de la enfermedad respiratoria; sin embargo, con frecuencia la nueva admisión al hospital se debe al deterioro de comorbilidades previas, aparición de una nueva condición quirúrgica, o incluso complicaciones relacionadas con la aplicación de múltiples tratamientos (polifarmacia)^{1,5-7}. Es así como la propia hospitalización actúa como un factor de estrés multifactorial, promoviendo cambios fisiológicos, psicológicos, ambientales e incluso sociales que determinan interurrencias o empeoramiento clínico que determina la necesidad de un nuevo ingreso al hospital^{1,7}. Estos factores estresantes están dados por cambios en el ritmo de sueño-vigilia atribuidos a ruido excesivo, privación de sueño y cambios en la exposición a la luz ambiental y temperatura, con subsiguientes modificaciones en los ritmos circadianos; inactividad física y reposo prolongado con atrofia muscular y sarcopenia; dolor; ansiedad y depresión; aislamiento

social; delirio o desorientación con déficit cognitivo a mediano plazo; extracciones de sangre múltiples que favorecen la anemia; pérdida de autonomía; cambios en la alimentación y modificaciones de la medicación habitual (que frecuentemente se suspende durante el período de internación)^{1, 7, 10} (**Figura 1**).



Modificado de Mesquita y cols.

Figura 1. Modelo teórico (modificado de Mesquita y cols¹) de la fisiopatología del Síndrome Post-Hospitalización y las re-admisiones hospitalarias

Según datos publicados, una quinta parte de los pacientes de *Medicare* (programa federal de servicio de atención médica para pacientes mayores de 65 años en EE.UU.) dados de alta de un hospital (2.6 millones de personas) desarrollarán un problema médico agudo dentro de los siguientes 30 días del alta, y requerirán otra hospitalización. La mayoría de estas nuevas admisiones parecen tener poco en común con el diagnóstico inicial⁹. En los pacientes con afecciones respiratorias admitidos para el tratamiento de neumonía o enfermedad pulmonar obstructiva crónica agudizada (EPOC), la causa de la re-admisión es la misma que la del ingreso inicial en sólo el 29% y 36% de los casos, respectivamente⁹. Las causas de reingreso incluyen: insuficiencia cardíaca, neumonía, infecciones asociadas a catéteres o al tracto urinario, condiciones gastrointestinales, enfermedad mental, alteraciones metabólicas y traumatismos⁹.

Un estudio americano reciente comparó las trayectorias de riesgo para los principales diagnósticos de rehospitalización posterior al alta entre beneficiarios de Medicare hospitalizados por insuficiencia cardíaca o neumonía en 2008 y 2010. En más de 3.000.000 de hospitalizaciones, la tasa anual de reingreso fue del 67.0% y 55.3%, respectivamente. El intervalo entre la 1° y 2° internación varió según la condición inicial de ingreso alcanzando para la hemorragia gastrointestinal un pico en los días 10° y 7° luego del alta, respectivamente. El riesgo de re-ingreso por trauma disminuyó lentamente, requiriendo 38 días para disminuir en un 50% después del alta¹⁰. Una observación interesante es que esta vulnerabilidad parece no ser la misma para todos los tipos de condiciones que motivaron la internación inicial¹⁰. El riesgo de trauma y lesión por caída o accidente doméstico sigue siendo elevado por mucho tiempo. Aunque se desconoce el motivo de este fenómeno, podrían relacionarse con estabilidad, independencia motriz, fuerza, equilibrio y juicio. También es posible que los pacientes, familiares y cuidadores así

como el equipo médico, subestimen el deterioro después de la hospitalización y no se pongan en marcha mecanismos de protección necesarios^{1, 7, 10}.

Comentarios finales y discusión

El personal de salud involucrado en el tratamiento y seguimiento de pacientes con padecimientos respiratorios *necesita reconocer este nuevo síndrome para tratar de mitigar los factores prevenibles que se asocian a re-internaciones*. Después de todo, no es infrecuente que el ritmo del hospital se ajuste a la necesidad y conveniencia de quienes en ellos trabajamos (higiene de los pacientes por la madrugada, ruido excesivo, luz o temperatura inapropiada, controles de enfermería o estudios diagnósticos que interrumpen el sueño, ritmos de alimentación no respetados debido a ayunos por procedimientos o cirugías etc.). Incluso en ocasiones el aislamiento de los pacientes es favorecido por los protocolos hospitalarios de visita.

La despersonalización del acto médico está presente incluso en nuestro lenguaje, y a menudo no conocemos el nombre de los pacientes o nos referimos a ellos como; “el paciente de la cama 110” o bien; “el señor del cáncer de pulmón”, o el “alta del tercer piso”. Este problema también se da en el contexto del enfermo y su familia, quienes a menudo no conocen los roles del equipo de salud, situación cargada de angustia y ansiedad que puede generar miedo, desorientación, delirio e incluso requerir de intervenciones farmacológicas.

El primer paso sería evitar la internación de pacientes que podrían ser manejados con estrategias ambulatorias (consulta por demanda espontánea, hospitales de día, internación domiciliaria, etc.) y la facilitación a instancias de cuidados progresivos con apoyo de la familia.

Programas institucionales como la planificación del traslado desde la UTI hacia sectores con mayor interacción familiar, control del volumen y de la frecuencia de las extracciones sanguíneas evitando venopunciones innecesarias, antibioticoterapia oral precoz, exposición lumínica y respeto del descanso nocturno, movilización asistida y programas de seguimiento de la morbilidad avanzada y del enfermo añoso, pueden ser implementados en nuestros hospitales¹¹⁻¹⁶.

No obstante, persisten áreas de controversia, ya que la presión para lograr un rendimiento hospitalario rápido puede estar contribuyendo a que las personas mayores abandonen el hospital demasiado pronto y así aumentar las tasas de re-admisión hospitalarias, fundamentalmente en ancianos y pacientes con enfermedades psiquiátricas (población que representa más del 50% de las internaciones de un hospital general)¹⁶.

La evidencia actual indica que la planificación del alta hospitalaria para personas mayores o frágiles deben incluir un inventario de intervenciones que aborden una evaluación integral de sus capacidades físicas y cognitivas relacionadas o no a la patología que motivo su ingreso, teniendo en cuenta; la inclusión familiar, la educación del entorno del paciente, la comunicación entre los trabajadores de la salud y la familia, la comunicación interdisciplinaria y el apoyo continuo después del alta^{16, 17}. Juntos, podríamos contribuir a la reducción de costos en salud y a reducir el sufrimiento de los pacientes y sus familias.

Bibliografía

1. Mesquita ET, Cruz LN, Mariano BM, Jorge AJ. Post-Hospital Syndrome: A New Challenge in Cardiovascular Practice. *Arq Bras Cardiol*. 2015; 105: 540-4.
2. Berthelsen PG. Manual positive pressure ventilation and the Copenhagen poliomyelitis epidemic 1952: An attempt at setting the record straight. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2014; 58: 503-7.
3. West JB. The physiological challenges of the 1952 Copenhagen poliomyelitis epidemic and a renaissance in clinical respiratory physiology. *J Appl Physiol*. 2005; 99: 424-32.
4. Dharmarajan K, Hsieh AF, Lin Z, Bueno H, Ross JS, Horowitz LI, et al. Hospital readmission performance and patterns of readmission: retrospective cohort study of Medicare admissions. *BMJ*. 2013; 347: f6571.
5. Wong CY, Chaudhry SI, Desai MM, Krumholz HM. Trends in comorbidity, disability, and polypharmacy in heart failure. *Am J Med*. 2011; 124: 136-43.

6. Van Walraven BC, Bennett C, Jennings A, Austin PC, Forster AJ. Proportion of hospital readmissions deemed avoidable: a systematic review. *CMAJ*. 2011; 183: E391-402.
7. Krumholz HM. Post-hospital syndrome-an acquired, transient condition of generalized risk. *N Engl J Med*. 2013; 368: 100-2.
8. Goldsmith JC. Visions of empire. Some problems with the corporate model of hospitals. *Hosp Forum*. 1985; 28: 50-2.
9. Jencks SF, Williams MV, Coleman EA. Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. *N Engl J Med*. 2009; 360: 1418-28.
10. Krumholz HM, Hsieh A, Dreyer RP, Welsh J, Desai NR, Dharmarajan K. Trajectories of Risk for Specific Readmission Diagnoses after Hospitalization for Heart Failure, Acute Myocardial Infarction, or Pneumonia. *PLoS One*. 2016; 11: e0160492.
11. Niven DJ, Bastos JF, Stelfox HT. Critical care transition programs and the risk of readmission or death after discharge from an ICU: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care Med*. 2014; 42: 179-87.
12. Thavendiranathan P, Bagai A, Ebidia A, Detsky AS, Choudhry NK. Do blood tests cause anemia in hospitalized patients? The effect of diagnostic phlebotomy on hemoglobin and hematocrit levels. *J Gen Intern Med*. 2005; 20: 520-4.
13. Nathwani D, Lawson W, Dryden M, et al. Implementing criteria-based early switch/early discharge programmes: a European perspective. *Clin Microbiol Infect*. 2015; 21 Suppl 2: S47-55.
14. Scott BK. Disruption of Circadian Rhythms and Sleep in Critical Illness and its Impact on the Development of Delirium. *Curr Pharm Des*. 2015; 21: 3443-52.
15. Reitz CJ, Martino TA. Disruption of Circadian Rhythms and Sleep on Critical Illness and the Impact on Cardiovascular Events. *Curr Pharm Des*. 2015; 21: 3505-11.
16. Landefeld CS, Kresevic DM, Fortinsky RH, Kowal J. A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. *N Engl J Med*. 1995; 332: 1338-44.
17. Bauer M, Fitzgerald L, Haesler E, Manfrin M. Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practice? A review of the evidence. *J Clin Nurs*. 2009; 18: 2539-46.