



## 1056 - EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRADA CENTRADA EN EL PACIENTE CON REINGRESOS HOSPITALARIOS FRECUENTES Y MULTIMORBILIDAD

A. Suárez Piñera, B. García Trincado, E. Rodríguez Ameijeiras, R.D. Martínez Casás y J.C. Piñeiro Fernández

Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo.

### Resumen

**Objetivos:** Conocer las características clínicas de los pacientes multiingresadores con multimorbilidad y evaluar la implantación de un programa de atención integral hospitalaria para reducir sus reingresos.

**Métodos:** Estudio prospectivo de cohortes de todos los pacientes incluidos en el programa de asistencia compartida de multiingresadores (3 o más ingresos) del Hospital de Día (HDD) de Medicina Interna del HULA, entre el 1/4/2019-30/4/2021. A través de un sistema hospitalario de altas prestaciones (HDD) y un equipo único multidisciplinar para simplificar la asistencia, se realizó a todos los pacientes una valoración integral multidimensional, un plan de cuidados personalizado con intervenciones múltiples y un seguimiento proactivo con acceso a demanda, incluyendo elementos esenciales como la Enfermería Gestora de casos o la telemedicina. Se realizó una revisión exhaustiva de la historia clínica y se analizaron las variables clínicas, demográficas y la frecuentación del sistema sanitario, a los 6 y 12 meses antes y después de la inclusión en el programa. Se realizó un análisis descriptivo y de supervivencia con el programa SPSS 22.0.

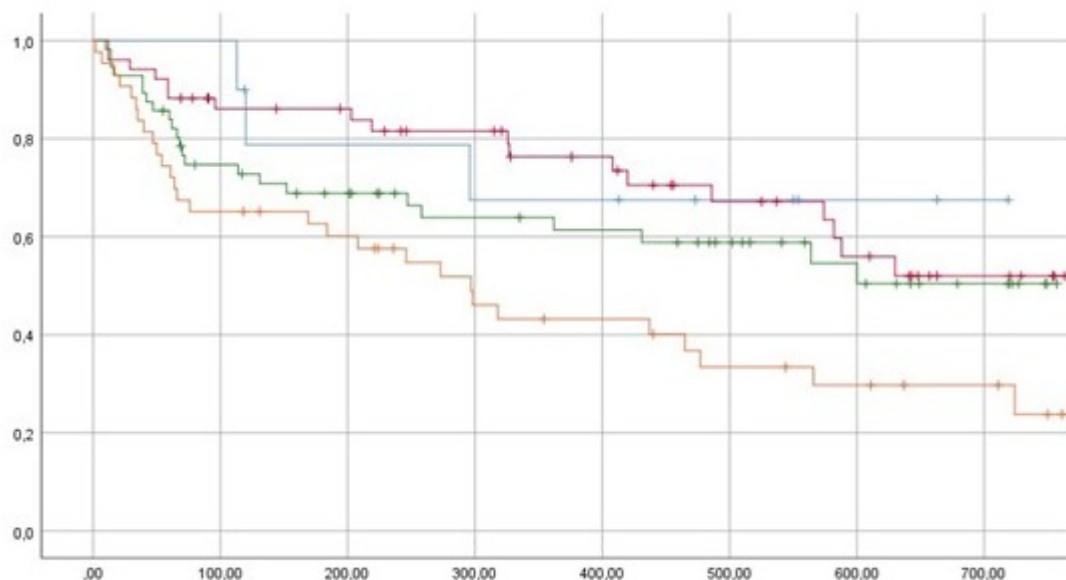
**Resultados:** Se incluyeron 161 pacientes, el 50,3% mujeres. Se caracterizaron por tener multimorbilidad [10,2 (3) enfermedades crónicas], edad avanzada [81,4 (11) años], polifarmacia [10,6 (3,5) fármacos], alto consumo de recursos sanitarios (elevada frecuentación del sistema hospitalario) y complejidad, medida por los índices pronósticos [Índice Profund: 8 (4,3)]. Los varones tenían significativamente más abuso de alcohol y tabaco, arteriopatía periférica y alteraciones visuales; las mujeres tenían más HTA, obesidad, enfermedad tiroidea, trastornos psiquiátricos y enfermedad osteoarticular. La mayoría fueron incluidos por ICC (61,5%) en exclusiva (más frecuente en mujeres) o solapada con EPOC (más frecuente en varones). Se apreció una reducción significativa de los ingresos y las asistencias a urgencias una vez fueron incluidos en el programa ( $p = 0,0001$ ). Fallecieron el 44,7% en el primer año de seguimiento, el 51,4% en su domicilio. El Índice Profund a la inclusión fue un buen predictor del pronóstico ( $p = 0,043$ ) y valores altos (riesgo intermedio-alto y alto) se asociaron con la mortalidad (RR 1,49;  $p = 0,004$ ).

Fallecidos	Vivos	Total	p
[72 (44,7%)]	[89 (55,3%)]	(161 pacientes)	

Edad		82 (10,5)	81 (11,5)	81,4 (11) Mediana = 84	0,515
Sexo	Mujer	35 (43,2%)	46 (56,8%)	81 (50,3%)	0,698
	Varón	37 (46,3%)	43 (53,7%)	80 (49,7%)	
Nº enfermedades crónicas		10,1 (3)	10,4 (3,3)	10,2 (3)	0,472
Nº fármacos		10,8 (3,8)	10,4 (3,2)	10,6 (3,5)	0,476
Polifarmacia (> 5 fármacos)		69 (44,2%)	87/55,8%	156 (96,9%)	0,485
Índice PROFUND		9,3 (4,2)	7,1 (4)	8 (4,3)	0,001
Riesgo bajo (0-2 puntos)		4 (33,3%)	8 (66,7%)	12 (7,5%)	0,015
Riesgo bajo-intermedio (3-6 puntos)		18 (34,6%)	34 (65,4%)	52 (32,3%)	
Riesgo intermedio-alto (7-10 puntos)		23 (41,1%)	33 (58,9%)	56 (34,8%)	
Riesgo alto (≥ 11 puntos)		27 (65,9%)	14 (34,1%)	41 (25,5%)	
Índice PALIAR		6,3 (3)	5,1 (3,6)	5,6 (3,4)	0,021
Riesgo bajo (0 puntos)		4 (17,4%)	19 (82,6%)	23 (14,3%)	0,032
Riesgo intermedio (3-3,5 puntos)		13 (43,3%)	17 (56,7%)	30 (18,6%)	
Riesgo alto (4-7 puntos)		31 (49,2%)	32 (50,8%)	63 (39,1%)	
Riesgo alto-muy alto (7,5-21 puntos)		24 (53,3%)	21 (23,6%)	45 (28%)	
Índice de Barthel		49,4 (35,8)	61,5 (34,2)	56,4 (35,3)	0,045
Independiente (95-100 puntos)		9 (36%)	16 (64%)	25 (17,4%)	0,306
Dependiente leve (60-95 puntos)		20 (36,4%)	35 (63,6%)	55 (38,2%)	
Dependiente moderado (40-59)		8 (38,1%)	13 (61,9%)	21 (14,6%)	
Dependencia grave (20-39)		8 (61,5%)	5 (38,5%)	13 (9%)	
Dependencia total (0-19)		16 (53,3%)	14 (46,7%)	30 (20,8%)	0,878
Índice de Charlson		6,7 (3)	6,8 (3,1)	6,8 (3) (1-20)	
Comorbilidad (índice de Charlson > 3)		63 (46%)	74 (54%)	137 (85,1%)	
Cuestionario de Pfeiffer		2,5 (3,2)	1,5 (2,1)	1,9 (2,6)	
Escala de Lawton-Brody		1,8 (2,8)	3,1 (3,2)	2,6 (3,1)	0,033
Soporte social		63 (45,7%)	75 (54,3%)	138 (89,6%)	0,535
Riesgo social (Escala de Gijón)		14 (42,4%)	19 (57,6%)	33 (21,4%)	0,756
Enfermedades crónicas					
Tabaquismo		28 (46,7%)	32 (53,3%)	60 (37,3%)	0,702
Abuso de alcohol		14 (33,3%)	28 (66,7%)	42 (26,1%)	0,084
Hipertensión		58 (46%)	68 (54%)	126 (78,3%)	0,525
Diabetes		32 (51,6%)	30 (48,4%)	62 (38,5%)	0,164
Dislipemia		33 (45,8%)	39 (54,2%)	72 (44,7%)	0,798
Obesidad		13 (18,1%)	28 (68,3%)	41 (25,5%)	0,052
Fibrilación auricular		37 (42%)	51 (58%)	88 (54,7%)	0,454
Cardiopatía isquémica		18 (35,3%)	33 (64,7%)	51 (31,7%)	0,101
Valvulopatías		23 (45,1%)	28 (54,9%)	51 (31,7%)	0,948
Insuficiencia cardíaca		54 (44,6%)	67 (55,4%)	121 (75,2%)	0,967
EPOC		33 (47,1%)	37 (52,9%)	70 (43,5%)	0,588
Insuficiencia respiratoria crónica		21 (44,7%)	26 (55,3%)	47 (29,2%)	0,995
Ictus		15 (45,5%)	18 (54,5%)	33 (20,5%)	0,924
Enfermedad renal crónica		38 (45,8%)	45 (54,2%)	83 (51,6%)	0,780

Arteriopatía periférica	15 (51,7%)	14 (48,3%)	29 (18%)	0,402
Enfermedad tiroidea	11 (44%)	14 (56%)	25 (15,5%)	0,937
Neoplasia activa (sólida o hematológica)	17 (54,8%)	14 (45,2%)	31 (19,3%)	0,207
Anemia crónica (hemoglobina < 10 mg/dL)	31 (44,9%)	38 (55,1%)	69 (42,9%)	0,964
Demencia	25 (49%)	26 (51%)	51 (31,7%)	0,455
Trastorno psiquiátrico	19 (37,3%)	32 (62,7%)	51 (31,7%)	0,195
Alteraciones visuales	31 (43,1%)	41 (56,9%)	72 (44,7%)	0,702
Hipoacusia	25 (40,3%)	37 (59,7%)	62 (38,5%)	0,374
Incontinencia urinaria	40 (48,2%)	43 (51,8%)	83 (51,6%)	0,361
Enf osteoarticular crónica	26 (41,9%)	36 (58,1%)	62 (38,5%)	0,574

Tipo de asistencia	Tiempo de seguimiento	Todos (143 pacientes)	Vivos [76 pacientes (53,1%)]	Fallecidos [67 pacientes (46,9%)]	p
Visitas a Urgencias hospitalarias	6 meses antes de la inclusión	3,1 (2)	3 (1,5)	3,4 (2,4)	0,0001
	6 meses después de la inclusión	1 (1,2)	0,8 (1,1)	1,2 (1,4)	
	12 meses antes de la inclusión	4,6 (2,7)	4,5 (2,4)	4,7 (3)	0,0001
	12 meses después de la inclusión	1,4 (1,6)	1,3 (1,6)	1,5 (1,7)	
Ingresos hospitalarios	6 meses antes de la inclusión	2,4 (1,4)	2,2 (1,1)	2,7 (1,8)	0,0001
	6 meses después de la inclusión	0,8 (1,1)	0,5 (0,8)	1,2 (1,3)	
	12 meses antes de la inclusión	3,4 (1,7)	3,1 (1,2)	3,6 (2,2)	0,0001
	12 meses después de la inclusión	1,1 (1,5)	0,8 (1,4)	1,4 (1,5)	



*Discusión:* Los ingresos múltiples definen a pacientes complejos, con multimorbilidad, elevada mortalidad y alto consumo de recursos, además, por las características demográficas de nuestra población, cada vez son más ancianos. El manejo de este subgrupo de pacientes sigue suponiendo un reto que ha puesto de manifiesto la necesidad de implantar nuevos modelos asistenciales que permitan optimizar el manejo de sus enfermedades crónicas. La identificación precoz en base a sus características clínicas, la creación de sistemas alternativos a la hospitalización y una valoración integral que incluya escalas pronósticas validadas, permite establecer planes de cuidados individualizados que favorecen una reducción de los reingresos y, probablemente, una mejoría de su calidad de vida.

*Conclusiones:* Este estudio muestra que los pacientes multiingresadores son muy complejos, tienen grandes necesidades asistenciales y requieren una atención diferenciada, adaptada a sus necesidades y al grado de evolución de sus enfermedades crónicas. Además, muestra que la implantación de un programa de atención integral de seguimiento proactivo, reduce los reingresos y permite tomar decisiones personalizadas.