



1639 - ANÁLISIS DE RESULTADOS DE UN PROTOTIPO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL PERSONALIZADO A PACIENTES COMPLEJOS QUIRÚRGICOS

J. Sanz Calleja, A. Álvarez de Arcaya Vicente, C. Villamor Jiménez, D. Fernández de Velasco Pérez, E. Sánchez Pérez y M. Carnero Alcázar

Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Resumen

Objetivos: La mayor complejidad de los pacientes promueve el desarrollo de nuevos modelos de atención basados en equipos multiprofesionales y en la gestión por procesos, que den respuesta a las actuales necesidades sociosanitarias. Los nuevos esquemas organizativos centrados en el paciente buscan optimizar los recursos y alcanzar una medicina de alto valor. Nuestro objetivo es analizar los resultados de un programa personalizado de continuidad asistencial para pacientes quirúrgicos complejos atendidos por un equipo médico-enfermero hospitalista, basado en el *comanagement*.

Métodos: En 2020 se diseñó el subproceso de continuidad asistencial de los pacientes quirúrgicos atendidos por Medicina Hospitalista (MH) como parte de las prestaciones del proceso de atención a los pacientes por MH ingresados en una unidad quirúrgica. Se implantó en diciembre de 2020. El enfermero gestor de MH hace un seguimiento personalizado proactivo de los pacientes dados de alta por los servicios quirúrgicos colaboradores, con riesgo de desarrollar complicaciones en el período perioperatorio tras el alta hospitalaria. El primer contacto se realiza a las 48-72 horas del alta. Cuando se detecta un signo de alarma, el equipo médico-quirúrgico interviene según el problema detectado con toma de decisiones compartidas. Estudio descriptivo en el que se evalúan los resultados del subproceso en los 6 primeros meses de su implantación.

Resultados: Se realizó un seguimiento a 181 pacientes (tabla 1), correspondiendo el 92,3% de los pacientes a Cirugía Cardíaca y el 5,5% a Cirugía General y del Aparato Digestivo. El número de llamadas totales fue 333, siendo el promedio de llamadas por paciente de $1,9 \pm 1,38$. El 24,9% (n = 45) requirió más de 3 llamadas, siendo el máximo 8 en un período de seguimiento de 85 días. En el 35,4% de ellas, se detectó alguna incidencia clínica (tabla 2); las más frecuentes: dolor (4,5%), hipo o hipertensión (4,1%), dudas en el tratamiento (3,9%), exudado o mal aspecto de la herida quirúrgica (3,9%), edemas (3,6%), disnea (2,4%), errores de medicación (2,2%), dudas con la cura de la herida quirúrgica (2,2%) y fiebre (1,9%). El número de intervenciones realizadas fue 170, del que el 19,7% era educación sanitaria, seguido de cambios en el tratamiento (8,9%), derivación a consulta de curas (4,3%), derivación a urgencias (3%), gestión de citas hospitalarias (2,7%) y en atención primaria (2,7%), consulta médica no presencial (2,4%) y presencial (2,1%). En 25 casos se precisaron imágenes para la toma de decisiones sobre la herida quirúrgica. En el período estudiado, se detectaron 7 eventos graves que precisaron ingreso. El número total de reingresos a los 30 días fue 12, que representa el 6,6% del total de pacientes incluidos en el subproceso frente al 8% en los 6

meses previos a la implantación del mismo.

Tabla 1. Servicios de procedencia de los pacientes (n = 181)

Cirugía cardíaca	92,3% (167)
Cirugía colorrectal	4,9% (9)
Cirugía general urgente	0,6% (1)
Cirugía maxilofacial	1,7% (3)
Cirugía torácica	0,6% (1)

Tabla 2. Síntomas e incidencia detectadas (n = 494)

Fiebre	1,8% (9)
Exudado/mal aspecto herida	3,8% (19)
Insomnio	1,4% (7)
Dolor	4,5% (22)
Alteración frec. cardíaca	1,6% (8)
Edemas	3,6% (18)
Dudas tratamiento	3,8% (19)
Error medicación	2,2% (11)
Clic esternal	0,8% (4)
Disnea	2,4% (12)
Estreñimiento	0,2% (1)
Vómitos	0,4% (2)
Problemas citas	1,0% (5)
Hiporexia	0,8% (4)
Focalidad neurológica	0,4% (2)
Dudas cura herida	2,2% (11)
Hipo/hipertensión	4,0% (20)
Diarrea	0,2% (1)
Sin incidencias	64,6% (319)

Conclusiones: La atención a pacientes complejos quirúrgicos durante todo su proceso asistencial por equipos multiprofesionales coordinados por médicos y enfermeros hospitalistas, basado en el *comanagement* y en la gestión por procesos, disminuye la tasa de reingresos. Estos programas centrados en las necesidades individuales de los pacientes potencian el manejo ambulatorio optimizando los recursos disponibles.