



1688 - REINVENTÁNDOSE POSPANDEMIA. CÓMO CONVERTIR UNA AMENAZA EN UNA OPORTUNIDAD

Cristina Villamor Jiménez, David Fernández de Velasco Pérez, Marta Chichón Sánchez, Jorge Calleja Sanz, Elena Sánchez Pérez y María Arantzazu Álvarez de Arcaya Vicente

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Objetivos: La pandemia de COVID-19 ha dificultado el seguimiento al alta de los pacientes ingresados. Debido a ello la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Hospitalista del Hospital Clínico San Carlos (MH) realizó un cambio en el modelo de seguimiento de los pacientes dados de alta en Cirugía Cardíaca (CCA) y valorados por parte nuestra unidad: sustituyendo una consulta presencial a los 7 días del alta realizada por Cirugía Cardíaca por una llamada telefónica a las 48 horas del alta por parte de un enfermero gestor de pacientes (EG). Nuestro objetivo principal es comparar las diferencias en cuanto a reingresos hospitalarios entre ambos modelos de seguimiento.

Métodos: Se realizó una comparación de dos cohortes retrospectivas: pacientes valorados por MH en la Unidad de CCA desde 2018 (inicio de la colaboración) hasta octubre de 2020 (cohorte de seguimiento convencional: SC), y la cohorte desde octubre de 2020 a febrero de 2022 (cohorte de seguimiento telefónico. ST). Comparamos resultados de ambas cohortes mediante test estadístico de ji al cuadrado.

Resultados: Desde enero de 2018 a febrero de 2022 fueron dados de alta de manera conjunta por parte de CCA y MH 796 pacientes. Se realizó seguimiento convencional (SC) en 549 pacientes y telefónico (ST) en 247 pacientes. No se encontraron diferencias entre ambos grupos en cuanto a edad (mediana de 70 y 71 años con desviación estándar (DE): 10,13 años), sexo (62% de varones en grupo de SC vs. 63% en ST), puntuación de la escala de Barthel (media 96,2 grupo SC vs. 94,76 en ST), Charlson ajustado por edad (5,33 con SD de 2,33 en grupo de SC vs. 4,93 con SD de 2,02 en grupo de ST), y tipo de patología y cirugía (predominando en ambos grupos las cirugías de sustitución valvular mitral o aórtica). Se registraron un total de 88 reingresos en el primer mes desde el alta entre ambos grupos (69 en SC vs. 19 en ST), lo que supuso un 12,5% de las altas en los pacientes con SC vs. el 7,69% en el grupo de ST, con un valor de $p = 0,041$ mediante el test de ji al cuadrado. El diagnóstico de reingreso más habitual fue el de Insuficiencia Cardíaca Congestiva (en un 19,31% de los reingresos totales), suponiendo entre grupos un 21,63% en SC vs. 10,5% en ST, sin alcanzar la significación estadística ($p = 0,073$). Se realizó además el cálculo del número necesario de pacientes a tratar (NNT) para evitar un reingreso por parte del enfermero gestor de pacientes, siendo de 20,51 pacientes.

Conclusiones: El seguimiento telefónico por parte de un enfermero gestor de pacientes con

entrenamiento especializado a las 48 h del alta en pacientes complejos intervenidos en Cirugía Cardíaca consigue disminuir los reingresos por cualquier causa con respecto a la consulta convencional. Existe además una tendencia a la disminución en los reingresos por ICC pero sin llegar a la significación estadística.