



1686 - EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA REDUCIR INGRESOS EN PACIENTES CON MULTIMORBILIDAD Y REINGRESOS FRECUENTES

Adrián Suárez Piñera, Ana Rodríguez Álvarez, Pedro Peinó Camba, Jesús Liñares Martínez, Álvaro Fernández Rial, Roi Suárez Gil, Mónica Martínez García y Juan Carlos Piñeiro Fernández

Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo.

Resumen

Objetivos: Describir las características de los pacientes crónicos complejos (PCC) multiingresadores y evaluar un programa para reducir ingresos.

Métodos: Estudio prospectivo de los pacientes incluidos en el programa de atención al paciente crónico de MI del HULA (≥ 2 -3 ingresos en área médica el último año natural, pertenecer al área sanitaria del HULA, cumplir criterios de PCC con riesgo de descompensación frecuente y disponer de buen soporte familia). Herramientas: valoración multidimensional, plan de cuidados personalizado y seguimiento proactivo (equipo médico y Enfermera gestora de casos), a través de un sistema hospitalario de altas prestaciones (HDDP). Se analizaron variables clínicas, demográficas y uso del sistema sanitario, a los 6 y 12 meses antes y después de la inclusión. Se realizó un análisis descriptivo con SPSS 22.0.

Resultados: Se incluyeron 198 pacientes. La tabla 1 recoge las principales variables demográficas. Se caracterizaron por su: elevada edad [82,7 (10,1) años], número de patologías crónicas [10,5 (2,9)], puntuación en índices pronósticos [PROFUND: 8,4 (4,5); Charlson: 7,2 (2,8); CRONIGAL: 36,5 (21,5)%] y fármacos [10,7 (3,6)]. Los motivos principales de reingresos fueron: ICC (43,9%), ICC/EPOC (16,7%), EPOC (8,6%). Se observaron diferencias significativas entre varones (más EPOC, tabaquismo, abuso de alcohol, arteriopatía periférica y neoplasia) y mujeres (más obesidad, incontinencia urinaria, enfermedad psiquiátrica y osteoarticular). El número medio de consultas a los 6 y 12 meses fue: presenciales equipo médico 3,2 (3,1) y 4,2 (4,7); Gestora, presenciales 2,8 (3,6) y 3,6 (3,8), telefónicas 7,3 (5,4) y 10,9 (8,9). Se redujo la asistencia sanitaria de forma significativa ($p = 0,0001$) (tabla 2).

Tabla 1

	Total (198 pacientes)	Fallecidos [91 (46%)]	Vivos [107 (54%)]	p
Edad	82,8 (10,1) Mediana = 86	83,2 (9,7)	82,2 (10,6)	0,503

Sexo	Mujer	98 (50,5)	47 (43,9)	51 (56)	0,11 9
	Varón	100 (49,5)	60 (56,1)	40 (44)	
Nº enfermedades crónicas		10,5 (2,9)	10,3 (3)	10,8 (2,9)	0,24 5
Nº fármacos		10,7 (3,6)	10,9 (3,7)	10,5 (3,4)	0,46 1
Polifarmacia (> 5 fármacos)		193 (97,5)	105 (98,1)	88 (96,7)	0,85 4
Índice PROFUND		8,4 (4,5)	9 (4,1)	7,6 (4,9)	0,03 7
Índice PALIAR		5,7 (6,5)	5,9 (3,99)	5,5 (3,7)	0,45 4
Índice Cronigal (%)		37,9 (20,3)	42,3 (20,6)	32,9 (18,9)	0,00 1
Índice de Barthel		53,9 (34,7)	52,3 (33,9)	55,8 (35,99)	0,48 9
Índice de Charlson		7,2 (2,8)	7 (3,1)	7,3 (2,5)	0,59 8
Comorbilidad (índice de Charlson > 3)		178 (89,9)	95 (88,8)	83 (91,2)	0,74 3
Cuestionario de Pfeiffer		2,4 (2,7)	2,7 (2,9)	2,2 (2,5)	0,20 9
Escala de Lawton-Brody		2,5 (3,1)	1,8 (2,89)	3,3 (3,3)	0,00 5
Sin soporte social		15 (7,7%)	8 (7,5)	7 (7,8)	1
Riesgo social (Escala de Gijón)		31 (15,9)	20 (18,9)	11 (12,4),298	0,29 8
Enfermedades crónicas					
Tabaquismo		69 (34,8)	44 (41,1)	25 (27,5)	0,06 3
Abuso de alcohol		45 (22,7)	20 (18,7)	25 (27,5)	0,19 4
Hipertensión		159 (80,3)	86 (80,4)	73 (80,2)	1
Diabetes		74 (37,4)	41 (38,3)	33 (36,3)	0,88 0
Dislipemia		92 (46,5)	45 (42,1)	57 (51,6)	0,22 8
Obesidad		57 (28,8)	25 (23,4)	32 (35,2)	0,09 5

Fibrilación auricular	113 (57,1)	63 (58,9)	50 (54,9)	0,67 9
Cardiopatía isquémica	57 (28,8)	30 (28)	27 (29,7)	0,92 4
Valvulopatías	71 (35,9)	40 (37,4)	31 (34,1)	0,73 7
Insuficiencia cardíaca	157 (79,3)	88 (82,2)	69 (75,8)	0,35 0
EPOC	87 (43,9)	53 (49,5)	34 (37,4)	0,11 5
Insuficiencia respiratoria crónica	65 (32,8)	31 (29)	34 (37,4)	0,27 1
Ictus	39 (19,7)	19 (17,8)	20 (22)	0,57 2
Enfermedad renal crónica	105 (53)	62 (57,9)	43 (47,3)	0,17 4
Arteriopatía periférica	36 (18,2)	23 (21,5)	13 (14,3)	0,26 0
Enfermedad tiroidea	33 (16,7)	13 (12,1)	20 (22)	0,09 7
Neoplasia activa (sólida o hematológica)	38 (19,2)	24 (22,4)	14 (15,4)	0,28 3
Anemia crónica (hemoglobina < 10 mg/dL)	91 (46)	59 (55,1)	32 (35,2)	0,00 8
Demencia	58 (29,3)	30 (28)	28 (30,8)	0,79 2
Trastorno psiquiátrico	56 (28,3)	27 (25,2)	29 (31,9)	0,38 2
Alteraciones visuales	109 (55,1)	52 (48,6)	57 (62,6)	0,06 6
Hipoacusia	92 (46,5)	48 (44,9)	44 (48,4)	0,72 8
Incontinencia urinaria	105 (53)	51 (47,7)	54 (59,39)	0,13 4
Enfermedad osteoarticular crónica	80 (40,4)	41 (38,3)	39 (42,9)	0,61 5

Tabla 2

Tipo de asistencia	Tiempo de seguimiento	Todos (198 pacientes)	p	Vivos [107 pacientes (54%)]	p	Fallecidos [91 pacientes (46%)]	p
Visitas a urgencias hospitalarias	6 meses antes de la inclusión	2,9 (2,1)	0,0001	2,6 (1,8)	0,0001	3,1 (2,2)	0,0001
	6 meses después de la inclusión	0,9 (1,2)		0,6 (0,9)		1,2 (1,4)	
	12 meses antes de la inclusión	4,2 (2,9)	0,0001	3,9 (2,8)	0,0001	4,4 (2,9)	0,0001
	12 meses después de la inclusión	1,3 (1,6)		0,9 (1,3)		1,6 (1,7)	
Ingresos hospitalarios	6 meses antes de la inclusión	2,3 (1,3)	0,0001	2,3 (0,9)	0,0001	2,4 (1,6)	0,0001
	6 meses después de la inclusión	0,7 (1)		0,3 (0,6)		1,1 (1,2)	
	12 meses antes de la inclusión	3,3 (1,5)	0,0001	3 (0,9)	0,0001	3,5 (1,8)	0,0001
	12 meses después de la inclusión	1 (1,5)		0,5 (1)		1,5 (1,6)	

Discusión: La selección de pacientes multiingresadores identifica adecuadamente a los enfermos objetivo, y estos pacientes son más complejos que los que forman parte de otros estudios. Hemos logrado la carga asistencial en otros departamentos gracias a la continuidad asistencial, la detección precoz y a actuaciones inmediatas. Existe un aprendizaje en la autogestión de la enfermedad al reducirse el uso del propio programa, lo que sugiere una mayor calidad de vida.

Conclusiones: La selección de pacientes por el número de ingresos identifica adecuadamente aquellos con alta complejidad. Un programa de atención integral y personalizada reduce el número de ingresos y permite tomar decisiones individualizadas.