



## G-030 - IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y COORDINACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES EN LA G.A.I. DE HELLÍN. RESULTADOS DEL PRIMER AÑO DE TRABAJO

F. Polo Romero<sup>1</sup>, E. Oliver Galera<sup>1</sup>, J. Moreno Salcedo<sup>1</sup>, M. Moreno Merino<sup>1</sup>, Y. Santisteban López<sup>1</sup>, I. Marañés Antoñanzas<sup>1</sup>, F. Vecina Vecina<sup>2</sup> y R. Jávega Moreno<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Control de Gestión. Hospital de Hellín. Hellín (Albacete).

### Resumen

**Objetivos:** Realizar un cambio en el modelo asistencial del Servicio de Medicina Interna de la GAI de Hellín incorporando estrategias dirigidas al manejo de pacientes crónicos complejos (PCC). Crear herramientas de comunicación y coordinación efectivas entre niveles asistenciales. Mejorar la eficiencia en el manejo de PCC y multiingresadores, disminuyendo los ingresos y reingresos.

**Material y métodos:** Se dividió la GAI de Hellín en 2 zonas de trabajo, empezando el programa en la zona 1 (Hellín-1, Riópar, Yeste y Tobarra). Se asignaron 3 internistas de referencia (IR) a tiempo parcial. Se invitó a todos los médicos y enfermeras de A. Primaria a participar en el proyecto. Se contó con una enfermera de enlace (EE) a tiempo parcial. Se inició el proyecto con el proceso más prevalente, la insuficiencia cardiaca (IC), incluyendo inicialmente a los pacientes que hubieran ingresado al menos 2 veces en el año anterior por este motivo. Posteriormente se han incluido también PCC con IC y alto riesgo de descompensación. Se establecieron 3 vías de comunicación entre los dos niveles asistenciales: 1. Interconsulta telemática a través de la intranet. 2. Interconsulta telefónica. 3. Sesiones conjuntas en los Centros de Salud. Durante la hospitalización, los PCC son asignados a uno de los IR de su zona. Antes del alta se avisa a la EE para que traslade a la enfermera de A. Primaria las circunstancias del alta y se programen las visitas pertinentes. Tras el alta es el equipo de A. Primaria el encargado y responsable del cuidado de los PCC, contando con el IR como apoyo para el manejo y seguimiento de los mismos.

**Resultados:** En el primer año de su implantación se han incluido 112 pacientes, los cuales han generado 35 ingresos en el año 2017, frente a los 51 ingresos del año anterior, lo que supone un descenso del 31,3%. La actividad global de hospitalización en 2017 ha mostrado un incremento del número de altas, con menor número de estancias respecto a 2016, habiendo disminuido la estancia media y el coste por hospitalización. Desde el inicio del programa se ha disminuido la derivación a la consulta de M. Interna desde los centros de salud y ha disminuido el coste por consulta. Las interconsultas telemáticas han sido 230, fundamentalmente de tipo administrativo. Se han realizado 36 sesiones conjuntas en los centros de salud que han generado un total de 404 consultas.

**Discusión:** La implantación de este modelo de atención a PCC ha supuesto un cambio de trabajo en el Servicio de M. Interna, asumiendo unas nuevas funciones y un cambio de rol en parte de sus facultativos. Se ha incrementado la actividad extrahospitalaria, antes inexistente, contribuyendo a

disminuir la derivación de pacientes desde el ámbito de la A. Primaria hacia la hospitalización. Se ha evitado el desplazamiento de muchos pacientes al ámbito hospitalario, generando un ahorro de costes en hospitalización y en consultas. Los C.S. de Yeste y Tobarra han sido los más implicados, con una reducción del 31% y del 39% en sus derivaciones, siendo esto muy importante para Yeste al ser el centro más alejado y peor comunicado con el hospital. El gran número de interconsultas telemáticas generadas ha ahorrado desplazamientos y derivaciones al hospital, contribuyendo a la satisfacción tanto en los Equipos de A. Primaria como en los pacientes. Las sesiones conjuntas en los centros de salud han creado una relación estrecha de trabajo entre los dos ámbitos asistenciales y ha favorecido el empoderamiento de los MAP, mejorando la gestión de los PCC.

*Conclusiones:* La creación de vías de trabajo y de comunicación estrechas y eficientes entre los Equipos de A. Primaria y el Servicio de M. Interna ha permitido mejorar la atención a los PCC con IC, disminuyendo el número de ingresos y derivaciones al hospital, generando un ahorro de costes.