



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

EA-116. - LOS PROGRAMAS DE ALTA PRECOZ: UN MODELO EFICAZ PARA EL MANEJO DEL PACIENTE CRÓNICO POR EL MÉDICO HOSPITALISTA

A. Álvarez de Arcaya¹, S. Álvarez Gómez², A. Alguacil Pau³, E. Sánchez Pérez¹, A. Tudela Muriel¹, M. López García², P. Izquierdo Doyagüez², A. Pardo Redondo⁴

¹Servicio de Medicina Hospitalaria, ²Dirección-Gestión, ³Calidad, ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Resumen

Objetivos: Los pacientes crónicos y de edad avanzada constituyen un grupo poblacional cada vez más numeroso con una demanda de salud compleja y diferente al resto de la población, surgiendo nuevos modelos organizativos para dar respuesta de manera más efectiva y con mejores resultados en salud. La Unidad de Medicina Hospitalista (UMH) se constituyó bajo estas dos premisas y desarrolla esquemas de alta precoz buscando el beneficio del paciente. Nuestros objetivos son analizar el perfil del paciente incluido en los programas de alta precoz, y la repercusión sobre la estancia hospitalaria de los pacientes trasladados a hospitalización a domicilio (HaD).

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes incluidos en programa de alta precoz con HaD y centros de apoyo (CA) en 2013. Se definieron los criterios de traslado a HaD y CA por el médico hospitalista (MH). Variables: edad, diagnósticos, comorbilidad, grado de dependencia, deterioro cognitivo, procedencia y reingresos.

Resultados: Se incluyeron 87 pacientes en el programa de alta precoz (18%). Edad media 75 ± 12 años, 59% varones. 77% procedían de cirugía general y digestiva, 7% cirugía maxilofacial, 6% otras cirugías, 6% UCI y 5% especialidades médicas. Diagnóstico quirúrgico más frecuente: patología benigna digestiva (23%), neoplásica (colorrectal 15%). Patología médica más frecuente: cardiovascular (12%), infecciosa (12%), sobre todo insuficiencia cardíaca e infección de herida quirúrgica. Comorbilidad más frecuente: cardíaca 49%, pulmonar 33%, renal 27%, diabetes mellitus 23%; 67% presentaba además otra patología y 64% algún grado de dependencia. La mediana de días de seguimiento por el MH fue 12 días (RIC = 5-22). Se realizó conciliación terapéutica en el 100%. El 71% de los pacientes se trasladó a HaD y el 29% a CA. El 54% de los pacientes de HaD tenía algún grado de dependencia, 2% grandes dependientes y 35% dependientes moderados-graves; 13% con deterioro cognitivo. El 100% de los pacientes trasladados a CA eran dependientes, 33% grandes dependientes y 47% moderados-graves; 27% tenían deterioro cognitivo. En HaD se realizaron 48 procedimientos: antibioterapia iv (44%), curas de herida quirúrgica (23%), anticoagulación (23%), diuréticos iv (6%) y analíticas (4%). El número de estancias en HaD fue 1306, con una media de 16 ± 14 días/paciente, lo que repercutió un ahorro en costes de 1.219.601€ resultado de las estancias evitadas. Se trasladaron 8 pacientes desde HaD al hospital en el mes siguiente, 5 por causa médica, 1 de ellos por descompensación de enfermedad previa. Todos los trasladados tenían al menos dos enfermedades crónicas y dependencia moderada-grave excepto 1.

Discusión: Los pacientes incluidos en los programas de alta precoz por el MH son de edad avanzada, la mayoría tienen al menos dos enfermedades crónicas y un alto grado de dependencia. Todos los pacientes trasladados a CA son dependientes y tienen deterioro cognitivo más frecuentemente, a diferencia de HaD. Estos dos hechos dificultan el esquema de alta con HaD por demandar un mayor soporte de cuidados y la presencia de un cuidador permanente. Ello explica que los pacientes trasladados al hospital fueran de HaD, todos ellos con alta complejidad. El ahorro de estancias supone un beneficio para el paciente al integrarle antes en su medio, reduciendo la yatrogenia y la incidencia de síndrome confusional, y con un beneficio social derivado de la repercusión en costes.

Conclusiones: Los pacientes incluidos en los programas de alta precoz desarrollados por la UMH son mayores, con enfermedades crónicas y frecuentemente con algún grado de dependencia, siendo este factor el que determina el traslado a HaD o a CA así como el reingreso desde HaD. El manejo domiciliario beneficia al paciente. La mayor complejidad es un factor de reingreso en estos pacientes.