Rev Clin Esp. 2015;215 (Espec Congr):223

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

EA-084 - PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA CRONICIDAD EN BSA: EXPERIENCIA de 1 AÑO DE GESTIÓN DE CASOS COORDINADA CON MÉDICO INTERNISTA REFERENTE

J. Torres Martínez[1], A. Serrado Iglesias[1], N. Peix Batlle[2], E. Rufián Arenas[2], E. Gálvez Torres[2], N. Galofré Álvaro[1], D. Abil Martínez[2]

[1]Servicio de Medicina Interna. [2]Servicio de Enfermería. Hospital Municipal de Badalona. Badalona (Barcelona).

Resumen

Objetivos: Describir un modelo de atención al paciente crónico complejo basado en la gestión de casos territorial y coordinado con un médico internista hospitalario referente para los pacientes más complejos, instaurado hace 1 año. Evaluar su impacto en cuanto a reducción de ingresos hospitalarios y visitas a urgencias de dichos pacientes comparado con el año previo a su inclusión.

Métodos: Se describe el perfil del paciente, la actividad asistencial y resultados del primer año de funcionamiento de un programa de atención a la cronicidad implementado en BSA, basado en la figura de la gestora de casos territorial y coordinado por un internista referente (atención en agudizaciones y control, en hospital de día y domicilio). Se analiza el impacto en reducción de visitas a urgencias e ingresos hospitalarios de dichos pacientes de octubre de 2013 a octubre 2014 respecto al año anterior.

Resultados: El internista ha valorado 110 pacientes, siendo la edad media de 82,8 a, > 50% mujeres, y tienen un perfil de enfermedad avanzada (MACA) la mitad. La patología más prevalente es la insuficiencia cardiaca, seguido de la pluripatología. Está poco representado el EPOC pues disponemos de un programa de crónicos especializado. Entre los antecedentes, el 88% tiene Índice de Charlson con comorbilidad grave (? 5), siendo más frecuente la HTA, ICC, FA, anemia e insuficiencia renal. Un 74,5% tienen un Barthel > 60. La mayoría no presentan deterioro cognitivo, o es leve. El internista ha realizado visitas de valoración integral, adecuación farmacológica conjunta con farmacéutica hospitalaria, visitas de control y visitas de agudización, derivadas por la gestora de casos, tanto en hospital de día como en domicilio (215 vs 58). También se realizan visitas virtuales, telefónicas, a través de consultas concretas o globales de pacientes controlados en el programa por parte de la gestoras. Respecto a la utilización de recursos, en concreto, la frecuentación a urgencias y los ingresos hospitalarios, se ha realizado el análisis en el periodo de un año previo a la inclusión en el programa de MI crónico y un año después y se observa que se han reducido un 31% las visitas globales a urgencias y un 30% las hospitalizaciones globales. La mortalidad global a 1 año es del 21%.

Discusión: La creación de un programa de atención a la cronicidad liderada por un internista supone una mejora en la coordinación asistencial del paciente crónico complejo. Así, se valora el caso de forma transversal, multidisciplinar, coordinada con atención primaria y especializada, centrado en el paciente, para mantener un continuum asistencial y optimizar los recursos disponibles. Al mejorar el control de las patologías crónicas se reducen visitas no programadas en otros niveles asistenciales de forma significativa.

Conclusiones: El perfil de paciente adscrito al programa de crónicos es el de una persona de edad avanzada, pluripatológica con enfermedad crónica avanzada con una alta comorbilidad, mayoritariamente ICC y reingresadora, con una capacidad funcional y cognitiva aceptables. En el primer año se objetiva un descenso de ingresos hospitalarios y visitas a urgencias a expensas de utilizar recursos alternativos y tener un control más estricto del paciente de forma integral. El papel del internista en estos programas es fundamental por su visión integral, experiencia en la cronicidad y capacidad resolutiva.

0014-2565 / © 2015, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.