



EA-110 - BEYONDSILOS: RESULTADOS DE LA ASISTENCIA INTEGRAL CON TELEMONITORIZACIÓN TRAS EVENTO AGUDO, EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

Á. Ballesteros Álvarez¹, M. Sabariego Manjón¹, A. Galobart Seva², L. Ortega Martín¹, E. Riu Ventosa³, M. Navarro Asin², J. Vila Planas¹, J. Piera Jiménez²

¹Medicina Interna, ²Innovación e Investigación (TI), ³Geriatría. Hospital Municipal de Badalona. Badalona (Barcelona).

Resumen

Objetivos: Integración de la asistencia sanitaria y social en el paciente pluripatológico. Determinación de la utilidad de la telemonitorización.

Material y métodos: BeyondSilos es un programa cofinanciado por la CE, iniciado el febrero/14. Badalona Serveis Assistencials (BSA), cuyos datos aportamos, es uno de los 7 centros participantes en Europa. Una plataforma integrada para sanitarios y trabajadores sociales de acceso según perfil, permite compartir información y coordinar esfuerzos. Inclusión: > 65 años con insuficiencia cardíaca (IC), ictus, EPOC y/o diabetes y al menos una condición crónica del índice de Charlson, junto a necesidades sociales por limitaciones en la vida diaria. Exclusión: neoplasia activa o estadio terminal. A) Intervención corto-plazo (40 pacientes): Soporte integral intensivo (6-8 semanas) en domicilio, tras hospitalización por agudización de las anteriores patologías o posfractura de fémur. B) Intervención largo-plazo (160 pacientes): Actuación integrada planificada de forma ambulatoria por equipo multidisciplinar (8 meses). La mitad de cada perfil (20 + 80) reciben telemonitorización (tensiómetro, pulsioxímetro, peak-flow, glucómetro, báscula y/o actímetro) a criterio del facultativo, quien recibe en su ordenador los datos transmitidos desde una tableta. La otra mitad (20 + 80) actúa de grupo control.

Resultados: Referentes sólo a la finalizada intervención a corto-plazo en BSA: telemonitorizados (20) vs controles (20). Características basales: A) Demográficas: Edad $84,16 \pm 6,45$ vs $84,26 \pm 6,31$; $p = 0,89$ /Mujeres 80% ambos/IMC $28,19 \pm 3,17$ vs $27,48 \pm 4,70$; $p = 0,59$ //B) Patologías: IC 8 (40%) vs 14 (70%); $p = 0,06$, MPOC 5 (25%) vs 6 (30%); $p = 0,72$, diabetes 6 (30%) vs 4 (20%); $p = 0,46$, ictus 5 (25%) vs 1 (5%); $p = 0,07$, fractura 6 (30%) vs 5 (25%); $p = 0,72$, Charlson 2 [IQR 1-5] vs 3 [IQR 1-4]; $p = 0,16$ //C) Dependencia: Barthel $66,32 \pm 17,47$ vs $53,68 \pm 28,62$; $p = 0,09$ /Lawton $3,47 \pm 2,17$ vs $2,53 \pm 2,06$; $p = 0,69$ /Yesavage $5,21 \pm 3,22$ vs $5,89 \pm 2,75$; $p = 0,28$. Intervención: A) Soporte social: telealarma 60% vs 70%; $p = 0,48$ /logística 60% vs 70%; $p = 0,48$ /acompañamiento 40% vs 35%; $p = 0,74$ //B) Pacientes con consultas por telemonitorización: HTA (3), DM (1), arritmia-frecuencia (3)//C) Consultas presenciales: Médico de familia 0,5 [IQR 0-2;máx3] vs 3 [IQR 0-4;máx7]; $p = 0,04$ /Enfermería 0 [IQR 0-1;máx13] vs 2 [IQR 0-5;máx10]; $p = 0,09$ /Especialista 1 [IQR 0-1] vs 1 [IQR 0-1]; $p = 0,97$ /Urgencias 11 vs 16; $p = 0,35$ /Reingresos 4 (20%) vs 6 (30%); $p = 0,46$ //D) Cambios dependencia: Barthel $14,06 \pm 1,55$ vs $5,83 \pm 12,94$; $p = 0,89$ /Lawton $0,81 \pm 1,22$ vs $0,0 \pm$

1,04; $p = 0,36$ /Yesavage $-0,5 \pm 2,42$ vs $0,43 \pm 1,16$; $p = 0,08$. Tres exitus (2 controles y 1 intervención). Otros dos controles acabaron institucionalizados.

Discusión: La intervención multidisciplinar integral tras evento agudo muestra tendencia a mejora en el Barthel en ambos grupos, pero sólo mejora del Yesavage en los telemonitorizados. La telemonitorización puede anticipar intervenciones y ser percibida por el paciente como un mejor control lo que reduciría el nº de consultas presenciales. No obstante, sería necesaria una mayor homogeneidad en las patologías y una muestra más amplia para ser concluyentes.

Conclusiones: Es necesaria una intervención multidisciplinar intensiva tras evento agudo en pacientes crónicos para el mantenimiento o mejora funcional. La telemonitorización puede permitir optimizar el control de factores de riesgo cardiovascular y disminuir consultas.