



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

Á. Ballesteros Álvarez<sup>1</sup>, M. Sabariego Manjón<sup>1</sup>, A. Galobart Seva<sup>2</sup>, L. Ortega Martín<sup>1</sup>, E. Riu Ventosa<sup>3</sup>, M. Navarro Asin<sup>2</sup>, J. Vila Planas<sup>1</sup>, J. Piera Jiménez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Innovación e Investigación (TI), <sup>3</sup>Geriatría. 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.