Rev Clin Esp. 2017;217(Espec Congr):339

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

G-036 - LA COOPERACIÓN DE LA UNIDAD DE MEDICINA HOSPITALARIA Y HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO PARA EL MANEJO DEL PACIENTE QUIRÚRGICO COMPLEJO

A. Álvarez-Arcaya Vicente[1], C. Villamor Jiménez[1], E. Sánchez Pérez[1] y G. Seara Aguilar[2]

[1]Unidad de Medicina Hospitalaria; [2]Unidad de Innovación. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Resumen

Objetivos: Se sabe que la asistencia por equipos multidisciplinares basada en la cooperación de sus profesionales ofrece beneficios para los pacientes debido a la mejora de los procesos, a la optimización de los recursos y de la calidad de la atención. Los pacientes son más complejos y tienen nuevas necesidades sociosanitarias por el cambio poblacional. La Unidad de Medicina Hospitalaria (UMH) centra su atención en el paciente complejo de servicios quirúrgicos, en sus necesidades, y busca la cooperación de los profesionales implicados. Además, la UMH incorpora al paciente en la toma de decisiones, como en el destino al alta según las preferencias del paciente. Para reducir la iatrogenia de la hospitalización y mejorar la recuperación posquirúrgica, la UMH ha desarrollado esquemas de alta precoz (EAP) con Hospitalización a domicilio (HaD) y centros de apoyo (CA). El objetivo de este trabajo es evaluar el perfil de pacientes incluidos en los EAP y los resultados en estancias y reingresos.

Material y métodos: Análisis descriptivo del registro prospectivo de pacientes atendidos por la UMH de 2010 a 2016. Se definió el proceso de atención al paciente por el médico hospitalista y los protocolos organizativos de derivación de pacientes a HaD y CA aprobados por la Dirección. Variables a estudio: edad, sexo, diagnósticos, Barthel, Pfeiffer, procedencia, días de seguimiento, estancias y reingresos a los 30 días. Las variables cuantitativas se presentan con la media y desviación estándar o con la mediana y rango intercuartílico si la distribución no es normal; las cualitativas se presentan con su distribución de frecuencias.

Resultados: Se incluyeron 459 pacientes, 345 en HaD y 114 en CA. La edad media fue mayor en los CA, 78 ± 9 frente 72 ± 14 años de HaD (edad media global 71 ± 15). 57% varones en HaD y 50,9% en CA. El porcentaje de pacientes con dependencia fue mayor en los CA, 90% vs 57,1% en HaD, siendo grave en el 40% del grupo CA y 9,3% en HaD, así como la presencia de deterioro cognitivo 45% vs 10,7% en HaD. La mayoría procedía de Cirugía general y digestiva (77,2% en CA y 81,7% en HaD). En ambos grupos los diagnósticos médicos más frecuentes fueron las infecciones seguidas de patologías cardiovasculares y metabólicas incluida la diabetes mellitus: 18,7%, 9% y 4,8% en CA vs 28,4%, 15,7% y 6,4% en HaD, respectivamente. Destaca el síndrome de inmovilidad en los CA en el 7,5% frente al 1,1% en HaD. La mediana de días de seguimiento por los hospitalistas de los trasladados a CA fue 19 (11-32) y 7 (2-14) en el grupo de HaD. El total de estancias en HaD fue 7,129, evitadas en la hospitalización convencional, no disponiendo de esta información en el grupo de CA. Los reingresos globales fueron menores en el grupo CA, 7,9% vs 10,8% en HaD, siendo de causa médica el 5,3% en CA y 7% en HaD. El acumulado total de reingresos fue 7,5% y por causa médica 3,1%.

Discusión: Actualmente, los pacientes quirúrgicos son mayores, con más dependencia y deterioro cognitivo más presente. La cooperación entre hospitalistas y HaD posibilita la continuidad del tratamiento en el domicilio del proceso de estos pacientes complejos, en colaboración con los cuidadores. Los pacientes trasladados a CA tienen mayor demanda de cuidados al ser más dependientes y con más deterioro cognitivo; presentan menos reingresos probablemente por tener apoyo en cuidados más profesionalizado y multidisciplinar que en el domicilio. Sin embargo, las estancias evitadas en HaD permiten reducir la iatrogenia de la institucionalización y tener más beneficio al integrarse el paciente antes en su domicilio. El seguimiento hospitalario del grupo CA fue más prolongado posiblemente por aspectos administrativos de la derivación.

Conclusiones: Los pacientes quirúrgicos incluidos en los EAP son complejos, de edad avanzada y con necesidades derivadas de su situación funcional y su proceso clínico. Estos programas, adaptados a las preferencias de los pacientes quirúrgicos complejos, permiten reducir la estancia hospitalaria.

0014-2565 / © 2017, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.