



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

212/66 - Análisis de la actividad de una unidad funcional crónicos en una población rural

T. Jurjo López^a, C. Blay Pueyo^b, O. Palomo Calzada^c, M.T. Izquierdo Fuentes^d, D. García Font^e, A. Sassmannshausen^f, S. Mazariegos Martínez^g, M. Porteros Hernández^g, J. Bertran Culla^h y M.Á. Fernández Balmónⁱ

^aMédico de Familia. Centro de Atención Primaria Olesa de Montserrat. Barcelona. ^bResponsable Operativo Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat. Departament de Salut. Barcelona. ^cMédico de Familia. Centro de Atención Primaria Polinyà. Barcelona. ^dMédico de Familia. Centro de Atención Primaria Sant Andreu de la Barca. Barcelona. ^eMédico de Familia. CAP Abrera. Barcelona. ^fMédico de Familia. Centro de Atención Primaria Vila Olímpica. Barcelona. ^gMédico de Familia. Equip d'Atenció a Residències de l'Alt Penedès. Barcelona. ^hMédico de Familia. UTACC. Baix Llobregat Nord. Barcelona. ⁱEnfermera. Unitat d'Atenció a la Cronicitat Complexa Baix Llobregat Nord. Barcelona.

Resumen

Objetivos: Las unidades expertas en cronicidad suponen una innovación en las prestaciones de la Atención Primaria. La Unidad Funcional de Crónicos de Olesa de Montserrat, nace en el 2012 con la misión de ofrecer atención domiciliaria de calidad al paciente crónico. El objetivo del estudio es describir la actividad y el perfil de pacientes durante su primer año de funcionamiento.

Metodología: Estudio descriptivo transversal retrospectivo incluyendo los pacientes de la Unidad desde septiembre 2012 hasta septiembre 2013.

Resultados: La población atendida presenta un alto sobreenvjecimiento, 55% en residencias, 25,3% en domicilio. De las personas atendidas, causan exitus el 65% de las institucionalizadas y el 36% de las domiciliarias. La proporción de exitus en casa es del 75 y el 38%, respectivamente. Se administró sedación paliativa en el momento de la muerte al 79% de los pacientes domiciliarios, pero el 63% se realizó en el ámbito hospitalario. En la población residencial, al 48% se le administró sedación y solo un 27% de las ocasiones se realizó en el hospital. El 18% de los pacientes de residencia, no ingresaron en el periodo estudiado y los que lo hicieron, ingresaron una media de 1,7 veces. De los pacientes domiciliarios, no ingresaron el 34% de ellos, y si lo hicieron, fue con una media de 1,4 veces al año. Contrarresta con el uso de las urgencias el bajo uso de los recursos extrahospitalarios, solo el 20% de los pacientes de domicilio acudió al Hospital de día. Las actuaciones desprescriptoras han conseguido una disminución de 1 fármaco en los pacientes institucionalizados y de 0,2 en los pacientes domiciliarios.

Conclusiones: La población de residencia, presenta una tasa de sobreenvjecimiento y de mortalidad mayor que la domiciliaria, con un menor consumo de recursos hospitalarios. La probabilidad de exitus en el lugar de residencia y la efectividad de adecuación de planes terapéuticos son globalmente inferiores a lo esperado. Se debe generar mayor conciencia entre profesionales y más formación para optimizar los enfoques paliativos, la revisión sistemática de fármacos y el uso de recursos de hospitalización. Para ello, debe fortalecerse la relación entre niveles asistenciales.

Palabras clave: Atención primaria. Cronicidad. Paciente complejo. Fragilidad. Asistencia integrada.