OC-070

Equipo de soporte integral a la complejidad (ESIC) en atención primaria Casernes-Hospital Vall d'Hebron: análisis de los primeros 100 pacientes y seguimiento a 6 meses

V. Oropeza[a], C. Pérez Bocanegra[a], J. Gost[b], H. Laorden[b], R. Alias[a], R. Romero[b], A. San José Laporte[a]

[a] *Hospital Vall d'Hebrón, Barcelona, España*
[b] *EAP Casernes. Atención Primaria de Salud. Barcelona Muntanya, Barcelona, España*

Objetivos: El ESIC es un dispositivo multidisciplinar ambulatorio de atención intermedia para pacientes crónicos complejos (PCC).

Se describen las características de los primeros pacientes y su evolución a los 6 meses.

Método: La intervención se centra en la valoración geriátrica integral, la adecuación de prescripción (STOPP-START) y los tratamientos en hospital de día. Se recogieron datos al inicio, al cierre del primer episodio del ESIC y a los 6 meses.

Resultados: Se incluyeron 100 pacientes. Edad media 81,48 años. El 60% estaban clasificados como PCC, y el 68,8% a los 6 meses. Según la clasificación de grupos de morbilidad ajustada, el 97% de los pacientes estaban en los grupos 3 y 4. Los diagnósticos más prevalentes fueron la insuficiencia cardíaca (70%) y la EPOC (13%). El índice de Barthel inicial fue de 76,87, y de 71,96 a los 6 meses. El 34% habían sufrido caídas en los 6 meses previos y el 18% en los 6 meses posteriores. La EVA de calidad de vida al alta fue de 60,21, y a los 6 meses, de 63,40. Visitas a urgencias en los 6 meses previos 2,96, y 2,16 en los 6 meses posteriores; visitas a urgencias extrahospitalarias 1,61 vs. 1,14, urgencias hospitalarias 1,35 vs 1,02. Ingresos hospitalarios: en los 6 meses previos, 1,08 (0,80 en hospital de agudos y 0,28 en hospitales de atención intermedia [HAI]); en los 6 meses posteriores, 1,07 (0,62 en agudos y 0,45 en HAI). Número de fármacos: 11,33 al inicio, 11,19 al alta y 10,89 a los 6 meses. STOPP-START al inicio 1,43 y 0,55, respectivamente; al alta, 0,76 y 0,51, y a los 6 meses, 0,65 y 0,53.

Conclusiones: En el ESIC se valoraron pacientes mayores con alta multimorbilidad. No hubo cambios en la capacidad funcional. Destaca una disminución importante de la incidencia de caídas. La frecuentación de servicios de urgencias descendió tras la intervención. No disminuyó el número de ingresos hospitalarios, hubo una reducción de ingresos en hospital de agudos y un incremento de ingresos en HAI. La adecuación del tratamiento farmacológico se mantiene a los 6 meses del alta, así como la calidad de vida.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.087

OC-071

Implementación de un programa de mejora de las transiciones al alta: TRANSICIONA

M. Colominas Callejas, M. Mesas Cervilla, N. Gual, A.M. de Andrés, F.X. Cléries Costa, L.M. Pérez Bazán, M. Inzitari.

Parc Sanitari Pere Virgili, Barcelona, España

Objetivos: La transición entre servicios asistenciales incrementa la vulnerabilidad de personas mayores con comorbilidad y necesidades complejas. En estos pacientes, los re-ingresos a 30 días post-alta pueden llegar al 25%, según la literatura. Nuestro proyecto, basado en el empoderamiento del paciente y en mejorar la coordinación asistencial, tiene el objetivo principal de optimizar el proceso de transición al alta y reducir re-ingresos.

Método: Seleccionamos pacientes con riesgo de reingreso en el momento del alta hospitalaria (≥ 2 criterios): ≥ 2 patologías crónicas, ≥ 8 fármacos, ingreso hospitalario previo (< 6 meses) y riesgo de readmisión percibida por el equipo de referencia. A partir de 2 sesiones individuales con los pacientes (en algunos casos, familiares), basadas en los principios de la entrevista motivacional, un equipo multidisciplinar, liderado por enfermeras, trabajó para reforzar: a) medicación (conciliación y adherencia); b) actividad física (AF) (promoción individualizada); c) nutrición; d) empoderamiento (hábitos de vida saludables, manejo de enfermedades, productos de apoyo y recursos sociales); e) coordinación asistencial entre el equipo referente hospitalario y atención primaria (AP). Realizamos un seguimiento del paciente a los 30 días.

Resultados: Tras 15 meses, captamos 182 pacientes (61% mujeres, edad media 83 (DE: 8,53) años), en quienes realizamos principalmente psicoeducación de estilos de vida: AF 91,8% (n = 167), ajustes de medicación 92,3% (n = 168), empoderamiento en autocuidados 89,6% (n = 163), nutrición 81,9% (n = 149), productos de apoyo 59,9% (n = 109) y refuerzo de relaciones sociales 49,5% (n = 90). Además, fue necesario el refuerzo de la coordinación con AP (95%, n = 173), mediante información estructurada pre-alta (31,3%, n = 57), llamadas telefónicas (31,9%, n = 58) y correo electrónico (26,9%, n = 49). El seguimiento por AP tras la coordinación (a los 7 días post-alta) fue: domiciliario 46,2% (n = 84), llamada o consulta en AP 75,3% (n = 137). El número de re-ingresos a los 30 días post-alta fue del 19,2% (n = 35).

Conclusiones: El desarrollo de intervenciones multicomponentes que favorezcan el empoderamiento del paciente previo al alta a domicilio podría ser útil como para prevenir descompensaciones y reingresos. Estudios futuros controlados tendrán que confirmar la efectividad de este abordaje.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.088

OC-072

Utilización de recursos sanitarios por ancianos con multimorbilidad crónica de un área geográfica muy envejecida de Cantabria

C. Vélez García[a], F.J. Alvarez Alvarez[a], A. Fernández Escudero[a], A. Delgado Diego[b], I. Lapuente Heppe[b], C. Fernández-Viadero[c]

[a] *Centro de Salud Nansa, Servicio Cántabro de Salud, Puente Nansa, Cantabria, España*
[b] *Oficina de Cronicidad y Pluripatología, Servicio Cántabro de Salud, Santander, España*
[c] *Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Servicio Cántabro de Salud, Santander, España*

Introducción y objetivos: Durante el proceso de envejecimiento es más frecuente la multimorbilidad crónica, que diversos estudios asocian a un incremento en la utilización de recursos sanitarios. El objetivo es describir la utilización de los recursos sanitarios en ancianos con multimorbilidad del Valle del Nansa (Cantabria) durante el año 2017, con una población atendida de 2071 personas, de las que son ancianas 812 (39,2%).

Metodología: Los datos provienen de la estratificación poblacional de la Estrategia de Cronicidad de Cantabria y se han obtenido mediante la BDCAP y los CMBD correspondientes al año 2017. Además de los diagnósticos, se analizan el número de ingresos, los días de estancia, las visitas a urgencias hospitalarias y la frecuentación de las consultas de atención primaria. La población se divide en

ancianos con multimorbilidad (AMM), tres o más patología crónicas, y ancianos sin multimorbilidad (ASMM), con dos o menos patologías crónicas.

Resultados: La población anciana analizada tiene una edad media 79,2 ± 8,5 años y presenta una media de 6,6 ± 4,5 patologías crónicas registradas. Un total de 669 ancianos tienen tres o más patologías crónicas (grupo AMM) y 143 tienen dos o menos patologías crónicas (grupo ASMM). Esta población frecuenta las consultas de atención primaria 16.951 veces, acude a urgencias hospitalarias 397 veces, se producen 181 ingresos y se generan 793 días de estancia hospitalaria. El grupo de ASMM generó 1.067 visitas a atención primaria, 28 a urgencias, 9 ingresos y 37 días de estancia hospitalaria, con valores medios significativamente inferiores ($p < 0,01$) a los que presenta el grupo de AMM, que generó 15.344 visitas al centro de salud, 369 urgencias, 172 ingresos y 756 días de estancia hospitalaria. Respecto a los grupos de edad, los muy ancianos presentaron valores medios de estos parámetros significativamente mayores ($p < 0,01$) que entre los menos ancianos.

Conclusiones: En la población analizada la presencia de multimorbilidad, con tres o más patologías crónicas, se asocia a una mayor utilización de los recursos sanitarios disponibles. Esta mayor utilización también aparece en la población muy anciana, con 80 y más años, respecto a la población menos envejecida, de entre 65 y 79 años.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.089