



<https://www.revclinesp.es>

14 - EXPERIENCIA DEL PERÍODO 2024/2025 DE LA UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL MEDICINA INTERNA-ATENCIÓN PRIMARIA (UCAPI) EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Piedad María Gómez Pedraza¹, Irene Carmona García¹, Javier de Aristegui Bengoechea¹, Alfredo Tonda Selles¹, Ricardo Crespo Moreno¹, Laura García Lara¹, Irene Jerez Sánchez¹ y Alberto Castro Fernández²

¹Medicina Interna, Complejo Hospitalario Universitario Toledo, Toledo, España. ²Radiodiagnóstico, Complejo Hospitalario Universitario Toledo, Toledo, España.

Resumen

Objetivos: Realizar un análisis descriptivo de los datos recogidos de la UCAPI de un hospital de tercer nivel del ejercicio 2024/2025. Analizar el impacto en la reducción en número de ingresos tras la inclusión del paciente en la UCAPI.

Métodos: Se realiza un análisis descriptivo de los datos de actividad de la UCAPI (primeras consultas, sucesivas, telefónicas, presenciales). De los pacientes en seguimiento UCAPI, se recogen datos demográficos, condiciones de cronicidad, motivo de consulta, valoración integrada multidimensional (VIMA), número de ingresos en el año previo a su inclusión en la Unidad e ingresos desde su seguimiento por UCAPI hasta la actualidad.

Resultados: En periodo comprendido entre febrero 2024-2025, se han realizado un total de 474 consultas, correspondientes a 115 pacientes valorados. En relación con las consultas sucesivas, se ha realizado un total de 359 siendo 347 telefónicas, reforzando y estrechando la comunicación entre ambos niveles asistenciales. En aquellos pacientes en lo que fue preciso, se realizó un total de 12 consultas presenciales sucesivas (tabla 1). La población diana de la UCAPI son los pacientes crónicos complejos (PCC) en fase de desestabilización. Entendemos como paciente PCC aquel que presente dos o más condiciones de cronicidad (tabla 2). Dentro de los 115 pacientes valorados, 72 sí que cumplían criterios de PCC por lo que se incluyeron en seguimiento. En aquellos que definimos como no incluidos en UCAPI (no cumplen criterios de PCC), de igual manera se resuelve la consulta o demanda realizada por Atención Primaria. Respecto a la demografía de los pacientes PCC, 54,16% fueron varones y un 45,8% mujeres. La edad media se sitúa en 72,11 años, con una distribución por grupos de edad que se muestra en el siguiente gráfico (fig. 1). El principal motivo de consulta o comorbilidad causante de descompensación en estos pacientes fue la insuficiencia cardíaca, seguida por la patología respiratoria e infecciosa. En relación con el impacto en la reducción del número de ingresos de los pacientes incluidos, previo al inicio del seguimiento sumaban un total de 62 ingresos en el año anterior con una mediana de 2 ingresos por paciente. Tras comenzar valoración y seguimiento por UCAPI, el total del número de ingresos se redujo a 17 con una mediana de 1 por paciente; estimándose una reducción en el número de ingresos de entorno el 50% (fig. 2). Además, la estancia media se reduce notablemente; con una media de 7 días de ingreso; siendo valorados por un equipo que ya conoce al paciente PCC y a su entorno; con un plan de actuación claro y consensuado con Atención Primaria; lo que reduce la realización de estudios complementarios o intervenciones terapéuticas fútiles en estos pacientes.

Tabla 1

	Telefónica/telemática	Presencial	Total
1. ^a consulta	51	64	115
Consulta sucesiva	347	12	359
Total	398	76	474

Tabla 2

Categoría A	Insuficiencia cardiaca en clase funcional NYHA II. Cardiopatía isquémica.
Categoría B	Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas. Enfermedad renal crónica con filtrado glomerular 30 mantenido durante al menos 3 meses.
Categoría C	Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica presenta disnea grado 2 de mMRC o FEV1 65% o saturación de O ₂ 90%.
Categoría D	Enfermedad inflamatoria intestinal. Hepatopatía crónica sintomática (con hipertensión portal o insuficiencia hepática).
Categoría E	Ataque cerebrovascular. Deterioro cognitivo permanente al menos moderado. Enfermedad neurológica que ocasione déficit motor permanente que limite las actividades básicas (Barthel 60 puntos).
Categoría F	Arteriopatía periférica sintomática. Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática.

Categoría G	<p>Anemia crónica con pérdidas digestivas o hemopatía crónica no subsidiaria de tratamiento curativo que presente Hb 10 g/dl en dos determinaciones separadas al menos 3 meses.</p> <p>Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento curativo.</p>
Categoría H	<p>Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma un Barthel 60 puntos.</p> <p>Antecedente de fractura de cadera osteoporótica.</p>

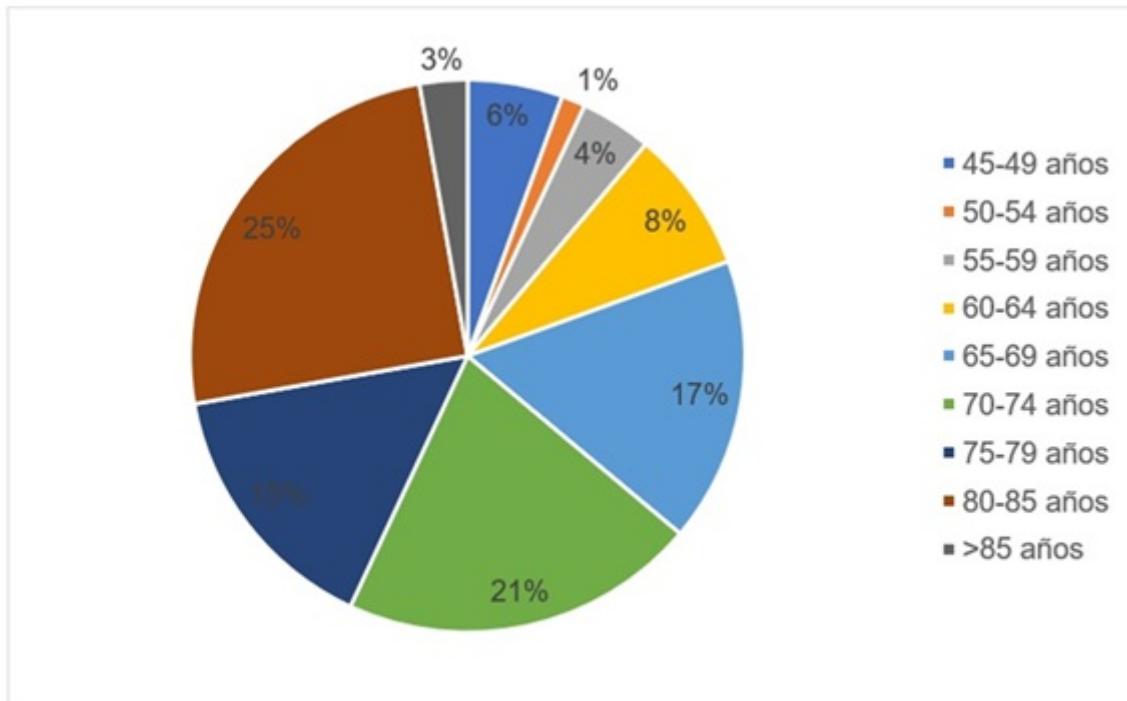


Imagen 1. Pacientes PCC valorados, distribución por grupos de edad.

	Nº ingresos pre-UCAPI (últimos 12 m)	Nº ingresos post-UCAPI (desde su inclusión hasta la actualidad)
N	62	17
Media	2.467	1.29
Mediana	2	1
Desviación estándar	2.82	1.36
Mínimo	0	0
Máximo	8	5

T Student 4.05 (p<0.001)

Imagen 2. Relación de números de ingresos de los pacientes PCC pre y post inclusión en UCAPI.

Conclusiones: El objetivo principal es mejorar la atención del paciente PCC, asegurando la continuidad asistencial y de cuidados entre los dos niveles asistenciales. Para ellos, es necesario mejorar la comunicación entre ambos, suponiendo la comunicación telefónica un pilar fundamental. El desarrollo de estas Unidades de Continuidad Asistencial supone un cambio en el modelo asistencial convencional de asistencia al paciente en consultas.