



<https://www.revclinesp.es>

G-018 - INGRESO DE ATENCIÓN PRIMARIA A HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

E. Martínez Callaghan, M. Royuela Juncadella, J. Aligué Capsada, M. Torrents Alsina, M. Carbonell Arrizabalaga, O. El Boutrouki, I. Guitart Santos y A. Baraldés Farré

Medicina Interna-Hospitalización a domicilio. Althaia-Xarxa Assistencial de Manresa. Manresa (Barcelona).

Resumen

Objetivos: Nos encontramos en un área geográfica con la población muy envejecida (Cataluña Central), lo que supone un incremento de pacientes con patologías crónicas y de elevada complejidad. El motivo principal de la presente es intentar reducir el número de visitas al hospital para el manejo de agudizaciones de patologías crónicas. Ocasionalmente los tratamientos habituales no son suficientes para tratar ciertos episodios ambulatoriamente. Una opción son las Unidades de Hospitalización a Domicilio (UHAD). Éstas permiten realizar tratamientos hospitalarios en el lugar de residencia habitual, en pacientes que no presentan criterios de gravedad o están en defervescencia de una patología grave. Ideamos un circuito de derivación que permite a los médicos de Atención Primaria (AP) valorar a los pacientes que presentan episodios agudos de enfermedades crónicas y si lo consideran oportuno y necesario activar directamente la UHAD para tratamiento en residencia o domicilio.

Material y métodos: Se activa el plan piloto que permite derivar pacientes, que presenten descompensación aguda (insuficiencia cardiaca descompensada, infección respiratoria, urinaria, celulitis) y requieran tratamiento endovenoso (antibiótico, hierro), oxigenoterapia, nebulizaciones, fisioterapia respiratoria o curas de enfermería desde AP para realizar tratamiento en UHAD directamente, sin pasar por el hospital. Se rechazan pacientes inestables hemodinámicamente. Si se requieren pruebas complementarias: analíticas o cultivos se recogen directamente en el domicilio. Pruebas de radiología se derivan a Hospital de día (HDía). Se incluyen inicialmente seis residencias de ancianos de la zona. Se realizan sesiones informativas con los médicos colaboradores explicando los criterios de derivación y para establecer puentes de confianza. Se incluyen pacientes desde marzo 2016 hasta finales de junio 2017. Se recogen variables epidemiológicas, clínicas y el tratamiento utilizado. Se revisan los pacientes al alta, a los 30 días, 6 meses y al año.

Resultados: Se realizan un total de 14 ingresos directos. En total 3/14 hombres (20%) y 11/14 mujeres (80%) de edad entre los 66 y los 94 años (media de 84,8 años). La mayoría con dependencia funcional moderada-severa (Barthel 40), excepto dos pacientes. La mitad de los pacientes (7/14) no sufrían deterioro cognitivo. Escala de Charlson media de 1,78. Diagnóstico más frecuente: infección del tracto urinario por BLEA. Viendo la buena acogida del sistema también se aceptó un varón de 57 años afecto de Esclerosis múltiple con un brote agudo de neuritis óptica. Se ha utilizado: antibiótico (9/14), nebulizaciones (2/14), diuréticos (1/14), hierro (1/14), oxigenoterapia (1/14), corticoides (1/14) (Utilizando más de un tratamiento en un sólo paciente). Ninguno de los pacientes ha requerido ingreso hospitalario. Tampoco complicaciones relacionadas a la revisión en 30 días, 6 meses o un año.

Discusión: La valoración del médico de AP es suficiente para indicar tratamiento más intensivo en UHAD, evitando dobles visitas al hospital. Buena acogida de la medida por parte de los usuarios y de los profesionales. Hay que seleccionar a los pacientes evitando los que están inestables y tener un buen circuito de contacto por si el paciente empeora (derivación a Hdia, si se puede evitar urgencias). La patología más prevalente hasta el momento es la ITU por BLEAs. Probablemente también sería muy útil en insuficiencia cardiaca descompensada que no responde a tratamiento oral o soporte en infecciones respiratorias (oxigenoterapia ± nebulizaciones). Ante los buenos resultados se decide ampliar el circuito a todas las AP del alcance de nuestra UHAD.

Conclusiones: La derivación directa de AP a UHAD evita duplicidad de visitas y pruebas diagnósticas. Mayor rapidez y comodidad para el paciente y su entorno. Herramienta que puede ser útil en infecciones, anemia e insuficiencia cardiaca descompensada. Evitar pacientes hemodinámicamente inestables y sin soporte social.