



<https://www.revclinesp.es>

## EA-069 - CAMBIANDO EL FOCO: PUESTA EN MARCHA DE UNIDAD DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO

L. Cabeza Osorio<sup>1</sup>, L. Pérez Alonso<sup>1</sup>, E. Lozano Rincón<sup>1</sup>, P. Regalón Martín<sup>2</sup>, M. Sánchez Roca<sup>2</sup>, M. Álvarez Bartolomé<sup>3</sup> y R. Serrano Heranz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna; <sup>2</sup>Enfermería; <sup>3</sup>Dirección Médica. Hospital del Henares. Coslada (Madrid).

### Resumen

**Objetivos:** En los últimos años se ha observado un aumento de la cronicidad de los pacientes que día a día atendemos en nuestros centros hospitalarios y dentro de este grupo podemos distinguir un subgrupo de pacientes que además de presentar mucha cronicidad tienen un alto requerimiento asistencial; es en estos últimos en los que centraremos nuestra actuación. Para ello hemos desarrollado una unidad específica para el manejo de estos pacientes según la demanda de sus médicos de atención primaria (MAP) ante las descompensaciones clínicas que presenten. En este estudio pretendemos exponer los primeros resultados obtenidos de nuestra actividad y el impacto que puede tener en nuestros pacientes.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, observacional y prospectivo. Se incluyeron todos los pacientes clasificados por parte de su MAP como crónicos complejos con alto requerimiento asistencial (PCCARA) en el área poblacional del Hospital Universitario del Henares entre abril de 2017, fecha de inicio del proyecto y final de junio de 2017. Fuente de información: programa de historia clínica informatizada (SELENE) y gestión de información DWH.

**Resultados:** Se han identificado en nuestra área un total de 150 PCCARA por parte de sus MAP, esto implica que dentro de los mismos han existido unos criterios de inclusión similares. De estos pacientes, hasta el momento han sido derivados a nuestra unidad un total de 15 pacientes, lo que representa un 10%. De estos pacientes sólo 2 de ellos (13,3%) requirieron ingreso. Ninguno de los 13 pacientes que tratamos de forma ambulatoria ha requerido acudir al Servicio de Urgencias o ha ingresado desde el inicio del seguimiento. Los motivos que causaron la derivación fueron mayoritariamente la descompensación de ICC en 11 pacientes (73,3%). El resto de patologías por las que nos fueron derivados los pacientes fueron: EPOC, anemia, edema en miembro superior e hipertotassemia. 140 de los PCCARA que no han sido derivados a nuestra unidad, 18 de ellos (12%), han requerido valoración en el hospital en este periodo de tiempo produciendo un total de 20 visitas a Urgencias, de las cuales 8 acabaron en ingreso hospitalario, lo que implica un porcentaje de ingreso del 40%. De los pacientes que ingresaron, el 87,5% lo hizo a cargo de Medicina Interna; sólo 1 caso requirió ingreso en oncología médica. El motivo del ingreso/visita a Urgencias fue mayoritariamente la ICC descompensada.

**Discusión:** El perfil de pacientes que acuden a nuestros hospitales está variando claramente en los últimos años; esto implica que debemos adaptarnos a esta nueva demanda asistencial, la unidad del paciente crónico complejo es fiel reflejo de ello. El Internista debe ser el garante del paciente durante su estancia hospitalaria, no obstante, debemos ser capaces de enfrentarnos a una nueva forma de actuar, basada en un manejo más

ambulatorio y con una mayor coordinación entre niveles asistenciales.

*Conclusiones:* La valoración y seguimiento de estos pacientes en una unidad específica, disminuye el número de visitas a Urgencias y los ingresos, de lo que se infiere un aumento de la calidad de vida del paciente. El tiempo del seguimiento y del número de pacientes actualmente incluidos puede representar una limitación importante, que esperamos paliar a medida que esta unidad siga creciendo.