

Sesión de Comunicaciones Orales Breves V

Session of Oral brief Presentations V

AUTORES/AUTHORS:

NURIA CASCALES MADRONA, MARIA FELICIDAD DIÉGUEZ RODRÍGUEZ, MARÍA FÉ RUIZ GARCÍA, BENEDICTA SÁNCHEZ GONZÁLEZ, ANA ISABEL BRIONES GARCÍA, ELISA BELÉN CORTÉS ZAMORA, MELISA LÓPEZ UTIEL, CARMEN MARÍA ALFARO ALGABA, PAULA PASTOR MARTÍN

TÍTULO/TITLE:

Primer año del Equipo Continuidad Asistencial de Geriátrica: funcionamiento, evitación de recursos y análisis de costes

1. Objetivo(s):

Describir el funcionamiento de un Equipo de continuidad Asistencial (ECA), analizar la evitación de ingresos hospitalarios y visitas a urgencias de los pacientes, así como el análisis de costes estimado en términos de euros (€), durante el primer año.

2. Método:

Estudio retrospectivo de los 320 pacientes atendidos (Oct 16-Nov 17). Se recogieron variables sociodemográficas, diagnóstico principal, comorbilidad (Charlson), dependencia para las ABVD (Barthel), deterioro cognitivo (GDS de Reisberg), servicio de procedencia, derivación del paciente, número de visitas realizadas, así como visitas a urgencias e ingresos en el siguiente mes a la intervención. El coste ahorrado por hospitalización del paciente se determinó en base al coste por GRD publicado por el SESCAM en 2013, y el de la reducción de estancia hospitalaria dividiendo el coste por GRD por la estancia media y multiplicándolo por los días evitados de ingreso. Se determinó también el coste ahorrado por visita del ECA dividiendo el coste ahorrado total por el número de visitas realizadas.

3. Resultados.

La edad media de los pacientes atendidos fue de 87,3. Entre ellos había un total de 179 mujeres (55,9%). 185 pacientes fueron derivados de geriatría (57,8%), 123 (38,4%) de urgencias y 12 de otros servicios (3,8%). Barthel 44, Charlson 3,8, GDS de Reisberg 3,9. Los motivos de consulta por grandes grupos fueron: Aparato digestivo 19 (5,9%), aparato circulatorio 66 (20,6%), aparato respiratorio 123 (38,4%), aparato urinario 48 (15%) y otros 64 (20%). En cuanto a las actividades realizadas por el equipo destaca el control sintomático 314 (98,1%) la educación para la salud, 268 (83,8%), seguido por la realización de cambios en la medicación 263 (82,2%). La media del número de visitas domiciliarias fue de 1,8 y en 225 casos se realizó llamada telefónica de control posterior (70,3%). En los 30 días siguientes, 70 pacientes acudieron a urgencias (21,9%), 50 fueron hospitalizados y 21 fallecieron (6,6%). En 50 pacientes no se produjo ahorro de costes (15,6%), pero en el resto sí. El ahorro medio por paciente fue de 2.271€ y el total 726.925€ al año. El ahorro medio por visita fue de 1448€. Los pacientes procedentes de Urgencias supusieron un ahorro de 1074€ más que los procedentes de Geriátrica. Los participantes con mejor situación funcional (IB 90-100) presentaron un mayor ahorro de costes. Discusión

4. Discusión.

La población anciana se caracteriza por tener necesidades complejas de salud, alta vulnerabilidad, pluripatología, descompensaciones, limitación de la capacidad de autocuidado y dependencia. Lo que se traduce en un aumento de la hospitalización y del gasto sanitario. Por ello, se están desarrollando nuevas fórmulas para la atención especializada, con el objetivo de disminuir los costes, la estancia y los riesgos de la hospitalización. El Equipo de Continuidad Asistencial (ECA) de Geriátrica compuesto por médico y enfermera produce un ahorro de costes de 726.925€/año basado en disminuciones de hospitalizaciones y acortamiento de estancias hospitalarias. La futura incorporación de Equipos de Continuidad Asistencial dentro del sistema sanitario serán coste-efectivos, mejorando la asistencia así como promoviendo la permanencia del paciente en el domicilio durante procesos agudos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Baztán JJ, Rangel O, Gómez J. Deterioro funcional, discapacidad y dependencia en el anciano. En: Abizanda P, editor. Tratado de Medicina Geriátrica. 2ª ed. Barcelona: Elsevier; 2015. p.372-382.

2. Mas MA, Santaeugenia S, Hospitalización domiciliaria en el paciente anciano: revisión de la evidencia y oportunidades de la geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2015; 50 (1)26-34.
3. Corrales-Nevaldo D, Alonso-Babarro A, Rodríguez Lozano MA. Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012; 26 (S):63-68.
4. Cuxart Mèlich A, Estrada Cuxart O. Hospitalización a domicilio: oportunidad para el cambio. *Med Clin (Barc).* 2012 Abril; 138(8): pp. 355–360.
5. Solé-Casals M, Chirveches-Pérez E, Alsina-Ribas A, Puigoriol- Juvanteny E, Oriol-Ruscalleda M, Subirana-Casacuberta M. La continuidad de cuidados desde el hospital de agudos: resultados. *Enfer Clin.* 2015; 25 (4):177-185.
6. Cejudo Díaz I. Conceptos clave en Hospitalización a domicilio. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. 2012; pp. 1-7. Disponible desde: <http://librodopeto.com/25-hospitalizacion-domicilio/251-conceptos-clave-en-hospitalizacion-domicilio/pdf/> (Último acceso 10 Diciembre 2017).