

## **MEJORAR LA COORDINACIÓN ASISTENCIAL REDUCE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS E INCREMENTA LA CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA POR PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS**

- **Así lo pone de manifiesto un estudio que analiza los resultados en salud de un modelo asistencial compartido en pacientes pluripatológicos presentado en el marco del VI Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico**
- **En promedio, se han reducido a la mitad el número de ingresos y los días de ingreso hospitalario en estos pacientes**
- **Se ha constatado una mejora de la calidad de vida percibida, gracias al seguimiento compartido entre médicos de familia (atención primaria) e internistas (hospitales de referencia)**

Estudios epidemiológicos estiman que el 50% de la población adulta padece una enfermedad crónica y que el 8% de las personas mayores de 65 años son pacientes pluripatológicos; es decir, que padecen de forma simultánea dos o más enfermedades crónicas invalidantes, que les limitan funcionalmente para realizar las actividades cotidianas de la vida diaria. Estos pacientes requieren un seguimiento continuado tanto en sus centros de salud como en sus hospitales de referencia.

Un equipo de cincuenta investigadores, liderados por la doctora Dolores Nieto de la Unidad Clínica de Medicina Interna (UCAMI) del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, acaba de culminar un proyecto de investigación denominado "Proyecto IMPACTO", presentado en el **VI Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico** que se clausuró el pasado sábado en Sevilla, organizado por las sociedades españolas de **Medicina Interna (SEMI)** y de **Medicina de Familia (semFYC)**.

Según explica la doctora Nieto, "este estudio nos ha permitido evaluar cuantitativamente el impacto clínico de un nuevo modelo de atención a estos pacientes pluripatológicos basado en el seguimiento clínico compartido (atención compartida) entre atención primaria (médicos de familia) y hospitalaria (médicos internistas de referencia), incluyendo a enfermeras de ambos ámbitos asistenciales y a los servicios de Farmacia Hospitalaria. Este modelo intenta garantizar la continuidad en los cuidados que necesitan los pacientes pluripatológicos".

Los datos han sido concluyentes. Se han medido los resultados en salud obtenidos en un grupo de pacientes crónicos pluripatológicos que han estado en seguimiento durante doce meses. Cuando los pacientes son atendidos mediante protocolos de seguimiento clínico compartido entre atención primaria y hospitalaria se reducen a la mitad tanto el número de ingresos hospitalarios como el número total de días ingreso (duración de la estancia hospitalaria).

Los investigadores han comparado también otros resultados de eficacia primaria (mortalidad) y secundaria (deterioro funcional y calidad de vida) obtenidos en estos pacientes con los datos obtenidos anteriormente en una cohorte reciente de pacientes pluripatológicos no sometidos a dicha intervención (Estudio Profund 2007-2008).

En este estudio multicéntrico han participado los hospitales Virgen del Rocío (Sevilla), San Juan de Dios del Aljarafe (Sevilla), Serranía de Ronda (Málaga), Guadalajara, Mendaro (Guipúzcoa), Ntra. Señora de La Candelaria (Tenerife), Infanta Leonor (Madrid), Can Misses (Ibiza), Son Espases (Palma de Mallorca), Vega Baja (Orihuela, Alicante) y Elche.

Se ha estudiado una muestra representativa de 420 pacientes pluripatológicos, el 52% varones, con una edad media de 77 años. La mayoría de ellos presentaba una media de tres enfermedades crónicas invalidantes simultáneas, siendo las más frecuentes la insuficiencia cardiaca, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y patologías neurológicas, por este orden.

En los doce meses previos al inicio del estudio, siete de cada diez pacientes estudiados (69,4%) tomaban de forma habitual diez o más fármacos (polimedicación), una media de 1,6 ingresos hospitalarios y una media de dieciséis (15,9) días de ingreso.

### **Un nuevo modelo de atención a pacientes crónicos pluripatológicos**

El seguimiento clínico de los pacientes con enfermedades crónicas le corresponde habitualmente al equipo de atención primaria -integrado por médicos de familia, enfermeras, trabajadores sociales y otros profesionales- que lo realiza tanto en el centro de salud como en el domicilio de los pacientes. Este seguimiento clínico se complementa con el seguimiento hospitalario por médicos internistas cuando sufren comorbilidades asociadas, complicaciones, recaídas o requieren ingreso hospitalario.

Para la doctora Eloísa Fernández, médica de familia del Centro de Salud Las Palmeritas de Sevilla, "la coordinación de ambos **ámbitos asistenciales** (primaria y hospital) es esencial para prevenir complicaciones, anticipar recaídas, mantener la adherencia terapéutica, disminuir los efectos adversos de la medicación y, entre otros, garantizar la seguridad del paciente en el domicilio evitando, por ejemplo, errores en la administración de los tratamientos. Sin olvidar la coordinación con otros recursos sociosanitarios, que se requieren para mejorar la calidad de vida de los pacientes crónicos pluripatológicos, sin necesidad de excluirlos de su entorno familiar y social".

Pero también es fundamental abordar el equilibrio emocional de la familia, especialmente del cuidador principal. Los cuidadores, la familia, deben aprender a afrontar emocionalmente la enfermedad y a manejar situaciones difíciles, como -por ejemplo- dónde acudir o qué hacer en caso de agravamiento o recaída súbita. Hay que capacitar al paciente y/o a su cuidador principal para asumir las habilidades que deben manejarse para proporcionar los cuidados que requiere.

Todo ello hace necesario un abordaje coordinado, global y multidisciplinar conducente a evitar el peregrinaje por múltiples especialidades médicas, racionalizar pruebas diagnósticas, simplificar tratamientos y disminuir los ingresos hospitalarios y las asistencias en dispositivos de urgencias, que conllevan stress para los pacientes y sus familias.

El modelo de atención compartida entre atención primaria (médicos de familia) y hospital (médicos internistas) fue pionero en Sevilla y desde aquí se ha exportado tanto al conjunto de Andalucía como a otras comunidades autónomas. El Proyecto Impacto ha aportado evidencias constatables de la mejora de los resultados en salud gracias a la puesta en marcha de este nuevo modelo asistencial.

### **Calidad de vida percibida**

A los pacientes que han participado en el proyecto IMPACTO se les ha medido la calidad de vida percibida mediante un test (SF12) antes y después de los doce meses de seguimiento. El test determina una puntuación en una escala. Para personas sanas de igual edad (media de 75 años) y sexo, el SF12 arroja una puntuación media de 47 puntos.

Los pacientes partían de una media inferior (43 puntos). En el transcurso del año de seguimiento en el nuevo modelo asistencial compartido se ha situado en la media de las personas sanas de su misma edad y sexo.