



4044-4. LA COORDINACIÓN DEL SEGUIMIENTO TRAS UN INGRESO MEDIANTE LA GESTIÓN DE CASOS MEJORA LOS RESULTADOS EN PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Sonia Ruiz Bustillo¹, Josep Comín Colet¹, Neus Badosa Marce¹, Consol Ivern Díaz¹, Laura Ollé Olivé¹, Milagros Guerrero Gancedo², M^a Dolores Mendoza García de Paredes³ y Jordi Bruguera Cortada¹ de la ¹Unidad de Insuficiencia Cardíaca, Servicio de Cardiología, Hospital del Mar, Barcelona, ²ICS, CAP Drassanes, Barcelona y ³ICS, CAP Poble Nou, Barcelona.

Resumen

Introducción: Los pacientes crónicos complejos (PCC) tras un ingreso por insuficiencia cardíaca (IC) presentan dificultad para seguimiento hospitalario y un peor pronóstico. Se describen las características del PCC y se hipotetiza que una atención continuada mediante la intervención del gestor de casos (GC) puede mejorar sus resultados.

Métodos: Durante 24 meses (2008-2010) ingresaron 446p por IC. 114 cumplían criterios de PCC. Se incluyeron prospectivamente (previo consentimiento informado) a gestión centrada en domicilio. Se planificó a través de una enfermera de enlace y se asignaron a seguimiento coordinado por gestor de casos (GC) o convencional (no GC) dependiendo de la disponibilidad en su centro de atención primaria (AP) de esa figura de enfermería. El GC promovía autocuidado y optimización terapéutica y aseguraba un abordaje integral. Se analiza el impacto de la intervención tras 3 meses en términos de eventos clínicos (modelo de riesgos de Cox) y costes sanitarios directos (metodología de contabilidad analítica).

Resultados: Los PCC vs el grupo de seguimiento hospitalario son significativamente más mayores (79 ± 7 vs 72 ± 10), más mujeres (55% vs 38%), tienen peor capacidad funcional (incapacidad test 6 minutos 64% vs 17%), mayor dependencia (83% vs 34%) y deterioro cognitivo (48% vs 23%). Mayor tasa de reingresos por IC (29% vs 4%) y mortalidad a los 3 meses (18% vs 3%). Otras características de este grupo fueron: FEVI (%) 49 ± 17 , NYHA III-IV 72% e ingreso previo en el último año 80%. 45 PCC fueron asignados al grupo GC y 69 a no GC. No hubo diferencias significativas basales entre estos dos grupos. El grupo GC presentó reducción del reingreso por IC (HR: 0,4; IC95% [0,2-0,8]; $p = 0,02$), del reingreso por cualquier causa (HR: 0,4; IC95% [0,2-0,8]; $p = 0,009$) y de la muerte por cualquier causa (HR: 0,3; IC95% [0,1-0,9]; $p = 0,03$). El coste acumulado de toda la cohorte de PCC fue de 1.309.515€, con un coste medio de 11.588€/p. El grupo GC mostró una reducción relativa de los costes, marginalmente no significativa, del 24,1% ($p = 0,07$).

Conclusiones: El PCC con IC de alto riesgo tiene mal pronóstico que condiciona el coste sanitario. Este pronóstico puede mejorar si el seguimiento tras un ingreso es coordinado por parte de cardiología y AP mediante la figura del gestor de casos. Esta intervención es además coste efectiva.