



Alianza entre Atención Primaria y Geriatría en el manejo de los pacientes crónicos complejos dependientes. Estudio piloto

Remedios Martín, Maria Parer, Marco Inzitari, Lluís Espinosa, Lluís Gracia.
CAP Vallcarca-Sant Gervasi. Sociosanitario Pere Virgili. Barcelona



El manejo de las *descompensaciones de las patologías crónicas* en el **domicilio** es un reto, La alianza con otros profesionales puede ayudar a mejorar la atención sanitaria, disminuir la utilización del servicio de urgencias hospitalarias y fomentar la continuidad asistencial.

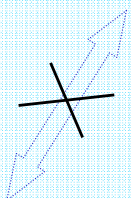
Atención Primaria



20 ancianos, frágiles dependientes, con criterios de paciente crónico complejo e incluido en programa Atdom.

Mujeres (60%), edad media 86 años (DS 7,3), insuficiencia cardiaca crónica (59%), EPOC (41%).
Reagudizaciones complejas

Urgencias tercer nivel



Colaboración entre Atención Primaria y el servicio geriatría del hospital sociosanitario

Cuidados intermedios Hospital Sociosanitario



Estancia media en cuidados intermedios de 20 días (DS 5)
Mejoría en grado funcional ICC.
Mejoría situación basal EPOC.
Mejoría funcional

Manejo clínico reagudización.
Dieta estricta, cumplimiento terapéutico, rehabilitación.

En la población anciana, la **descompensación de patologías crónicas** que no precisan de técnicas diagnósticas complejas, y que se benefician de un control más estricto que en su domicilio, el ingreso en una unidad de geriatría de corta estancia (*cuidados intermedios*) puede aportar calidad asistencial.

Se previene el deterioro funcional, favoreciendo la rapidez en la resolución del proceso agudo y la **estabilización de la capacidad funcional y clínica**. Se favorece la continuidad de cuidados y se asocia a percepción de proximidad por parte del paciente y de su familia.

