

# DOCUMENTO DE POSICIONAMIENTO DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA INTERNA (SADEMI) ANTE LA CRONICIDAD

## POSITION PAPER OF THE ANDALUSIAN SOCIETY OF INTERNAL HEALTH (SADEMI) ON CHRONIC DISEASES

Bianchi-Llave JL<sup>1</sup>; Zambrana García JL<sup>2</sup>

1. Jefe Servicio M. Interna HUPE-Algeciras. Presidente SADEMI 2021-22
2. Director Procesos Médicos, Hospital de Montilla (Córdoba). Presidente SADEMI 2025-26

Recibido: 08/07/2024 | Revisado: 31/07/2024 | Aceptado: 12/08/2024

DOI:10.15568/am.2024.820.ami01

Actual Med.2024;109(820):196-197

El pasado 8 de noviembre de 2024, en el seno de la 39 Reunión Científica de Otoño de la Sociedad Andaluza de Medicina Interna (SADEMI), se presentó el documento de posicionamiento de nuestra Sociedad Científica ante la cronicidad. Dicho documento ha sido elaborado por un grupo de trabajo designado por la Junta Directiva, y consensado y supervisado por los Jefes de Servicio de Medicina Interna de Andalucía. Así mismo, se ha trasladado a la Dirección General de Asistencia Sanitaria de la Consejería de Salud y a la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud.

En dicho documento se resalta el impacto de la cronicidad en nuestro sistema sanitario andaluz, proponiendo soluciones innovadoras. Se detecta la necesidad de un cambio en nuestro actual modelo asistencial que favorece la fragmentación, entendiendo que una atención integrada es la respuesta a la problemática que se nos presenta, centrándose en resultados, atención integral y participación activa del paciente.

Entre las distintas líneas de actuación propuestas por SADEMI podemos resaltar:

### 1. IMPLANTACIÓN DE UNIDADES DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL (UCA).

Su finalidad es la de apoyar a los equipos de Atención Primaria en la atención al paciente crónico complejo, evitando retrasos en la atención no demorable, mediante una atención directa para evitar el paso de estos pacientes por los servicios de urgencias y los ingresos innecesarios. Consideramos que estos dispositivos

asistenciales deben estar implantados en todos los servicios de Medicina Interna de Andalucía, independientemente de la localización del centro o de su tamaño. Dentro de los mismos es necesario la existencia de:

Consulta de atención no demorable: Evaluación de forma preferente de pacientes sin signos de gravedad, evitando ingresos hospitalarios inadecuados esencialmente con fines diagnósticos.

Hospital de día médico: Para la administración de medicación parenteral, realización de procedimientos diagnósticos (paracentesis, etc.) y para tratamiento de enfermedades agudas o crónicas agudizadas (insuficiencia cardíaca reagudizada, administración de determinados antibióticos, etc.).

Consideramos que la existencia de este dispositivo es una herramienta esencial en la disminución de ingresos en el hospital, debido a una drástica reducción en el número de ingresos inadecuados.

### 2. ASISTENCIA COMPARTIDA A OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS.

La implantación en todos los servicios de medicina interna andaluces, independientemente del entorno hospitalario donde se encuentren ubicados, de la Asistencia Compartida en los servicios quirúrgicos, definida como la responsabilidad y autoridad compartidas en el manejo de un paciente hospitalizado. El internista se hace responsable de los problemas médicos del paciente, preexistentes o de nuevo diagnósti-

Correspondencia

**José L. Bianchi-Llave**

Departamento de Medicina de la Universidad de Cádiz.

Hospital Punta de Europa, Algeciras.

Servicio Andaluz de Salud.

co, desde que ingresa en el servicio quirúrgico hasta su alta hospitalaria y sin necesidad de ser consultado.

### 3. INTERNISTA DE REFERENCIA EN CENTROS DE SALUD.

El propósito de esta figura es desarrollar un modelo de asistencia compartida entre la atención primaria y hospitalaria, para promover la atención integral y continuidad asistencial de nuestros pacientes. Desde esta figura se fomentará el desarrollo de los Planes de Atención Personalizada del paciente crónico, siendo pieza clave de los mismos la conciliación del tratamiento.

### 4. HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HAD).

Se trataría de un dispositivo asistencial para la realización en domicilio de procedimientos diagnóstico-terapéuticos y de cuidados similares a los prestados en el hospital por un plazo limitado de tiempo. Existe evidencia en la que se demuestra como una opción segura, con mortalidad y reingresos similares al ingreso tradicional, bien aceptada por el paciente y familia y con disminución de las complicaciones asociadas al ingreso hospitalario.

Dentro de esta modalidad se ha iniciado ya en algunos servicios de nuestra comunidad un modelo de HaD en centros socio-sanitarios, con la finalidad de mejorar la atención en las residencias socio-sanitarias, proponiendo el desarrollo de convenios-acuerdos anuales con los centros residenciales para la planificación de medidas asistenciales y de eficiencia. Las residencias se abordarán desde la Atención Primaria de Salud como parte de la atención domiciliaria, proporcionándose desde los servicios de Medicina Interna soporte a la atención residencial en función del número de camas residenciales del área con objeto de: (a) Coordinar y garantizar la respuesta a las necesidades de atención definidas previamente en el convenio-acuerdo. (b) Implantación efectiva de vías clínicas locales compartidas entre residencias - Atención Primaria - Medicina Interna (c) Aportar la formación necesaria para los profesionales de las residencias (d) Actuar el internista de consultor reforzando las respuestas del sistema a casos individuales y la gestión de los casos de mayor complejidad derivados desde los equipos de atención primaria.

### 5. UNIDADES ESPECÍFICAS DE ALTA COMPLEJIDAD DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN.

Para dar respuesta integral a la cronicidad compleja durante la hospitalización mejorando la calidad y eficiencia. Se debe garantizar una oferta centrada en la per-

sona, integral y encaminada a prevenir la fragilidad y la dependencia, propiciando la atención de los procesos agudos de esta población en áreas o unidades específicas de alta complejidad de cuidados, a través de un modelo de gestión de casos y planificación anticipada del alta que aseguren una adecuada transición a su entorno habitual o a centros de cuidados y recuperación funcional.

A través de las iniciativas mencionadas previamente, junto a otras que se puedan desarrollar, pensamos que disminuirá la hospitalización no adecuada, al mismo tiempo que evitará la fragmentación asistencial y desarrollará la integración asistencial y socio-sanitaria con mejoría de la eficiencia en la atención de estos pacientes.

### CONFLICTO DE INTERESES

El autor/a de este artículo declara no tener ningún tipo de conflicto de intereses respecto a lo expuesto en el presente trabajo.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Proceso de atención a los pacientes crónicos complejos en Aragón. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Departamento de Sanidad. Gobierno de Aragón, 2019.
2. Atención a Pacientes Pluripatológicos. Proceso Asistencial Integrado/Ollero Baturone (coordinador). 3ª ed. Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2018.
3. Vallejo Maroto, I. El proceso de atención al paciente crónico complejo. Máster en Gestión Clínica Basada en el Valor. 2019.
4. Blay C, Limón E, Meléndez A. Cronicidad, profesionalismo y la encrucijada paliativa. *Med Paliat* 2017;24(1):1-3.
5. Nieto MD, Ollero M, Bernabeu M. La Unidad Clínica de Atención Integral (UCAMI). Un nuevo modelo hospitalario para la atención a pacientes crónicos complejos. *Revista I+S*, 2010; (82):8-15.
6. Nuevos proyectos para el abordaje de la cronicidad. Proyecto #cuidandodeTi. Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía, 2018.
7. Proyecto Unidad de Continuidad Asistencial UCA. #CuidandodeTi, Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía, 2019.

#### Si desea citar nuestro artículo:

Bianchi-Llave JL, Zambrana García JL. Documento de posicionamiento de la sociedad andaluza de medicina interna (SADEMI) ante la cronicidad. *Actual Med*.2024;109(820):196-197.DOI:10.15568/am.2024.820.ami01