

FICHA SUBPROYECTO	
<b>PROYECTO</b>	<b>Innova Saúde</b>
<b>SUBPROYECTO 3</b>	<b>Hospital en Casa</b>
<b>ÁREA TEMÁTICA</b>	Teleasistencia y nuevos modelos de relación con el paciente

En España hay 803 hospitales con 161.279 camas en las que se realizan 4 millones de ingresos anuales, con una estancia media superiores a 8 días y unas tasas de ocupación mayores al 80%.

En el SERGAS las hospitalizaciones ascendieron a 241.741 durante el 2009 con una estancia media global del 8.92 % de ellas sólo se realizaron en el domicilio 4.340.

El envejecimiento de la población (Expectativa de vida actual 81.1 años), la mejora del pronóstico de enfermedades agudas, con el incremento asociado de pacientes crónicos, hace previsible un incremento de la demanda de servicios sanitarios. El modelo actual es difícilmente sostenible, se estima que en 10 años bajo el modelo actual se requeriría duplicar el gasto sanitario. Es necesario desarrollar e implantar nuevas soluciones asistenciales más eficientes. El ingreso hospitalario aporta su principal valor en el tratamiento de pacientes críticos, la realización de procedimientos quirúrgicos o técnicas invasivas o la realización de pruebas diagnósticas de alta tecnología. Sin embargo la mayoría de los días en los que el paciente permanece hospitalizado, lo hace en espera de la realización de pruebas, realizando tratamientos médicos o buscando la estabilización de procesos médicos o postoperatorios. Es en estos escenarios donde la hospitalización aporta poco valor y alto gasto, siendo además una fuente de incomodidades y trastornos para pacientes y cuidadores cuando no una fuente de infecciones o enfermedades asociadas con la hospitalización. Especial interés por su prevalencia tienen los pacientes con insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer, etc.

Un gran número de actuaciones de la atención hospitalaria actual que aportan poco valor, podrían realizarse en el domicilio de los pacientes bajo supervisión sanitaria. Estas soluciones requerirían del desarrollo de equipos integrales móviles de vigilancia que incluirían videocámara y micrófonos para permitir la comunicación inmediata con el paciente y multisensores de constantes (sensores de temperatura, tensión arterial, saturación de oxígeno y electrocardiograma) que permitirían la monitorización remota de constantes vitales. Estos equipos serían gestionados en unidades centrales de teleasistencia domiciliaria y tendrían también capacidad de intervención sobre bombas de perfusión de medicación endovenosa y dispensadores mecánicos de medicación.

Deben definirse también programas y algoritmos de gestión de las patologías, basados en evidencias médicas que reciban inputs por parte del paciente y de un sistema de recogida de constantes. Este sistema debe disponer de conexión que permita enviar estas señales biofísicas de los pacientes (peso, frecuencia cardiaca, tensión arterial, impedancia, pulsioximetría, temperatura...) a una central de monitorización constante. El sistema debe ser amigable y tolerante a fallos. Debe permitir la generación de alertas y respuestas automatizadas (hombre-máquina) y también videoconferencia para la asistencia remota.

Permitirían reducir la duración de los ingresos hospitalarios, sus costes y mejorar la atención a los pacientes en un entorno humanizado.

Se realizaría además un estudio del impacto de la teleasistencia sobre la calidad de vida sobre una muestra representativa de pacientes en teleasistencia dentro de los primeros siete días desde su ingreso así como un estudio coste-efectividad, para evaluar el impacto de la utilización de recursos sanitarios y en la calidad de vida de los pacientes en teleasistencia, en concreto:

- Conocer los valores de utilidad ganados como consecuencia de la actividad de teleasistencia.
- Valorar los factores condicionantes del resultado del nivel de salud obtenido, medido en unidades de utilidad.
- Aproximar la determinación de los costes por AVAC obtenidos en cada una de las opciones de tratamiento del paciente.

Las intervenciones serían de duración media aproximada de 10 días, excepto en pacientes terminales o paliativos. El producto a desarrollar debe de ser de sencilla instalación, poco peso y de retorno, una vez finalizados los plazos de atención, para ser reutilizado. Los únicos fungibles serán los sensores en contacto con el paciente. El Coste unitario debe ser bajo y la comunicación móvil para la transmisión de datos será fiable y segura. Las patologías de mayor interés son los postoperatorios quirúrgicos, descompensaciones de insuficiencia cardiaca y bronquitis crónica así como enfermedades infecciosas que requieran tratamientos prolongados. Se deben establecer también, nuevos modelos organizativos en los servicios de salud para adaptar los recursos existentes, a este nuevo tipo de atención y realizar una evaluación coste-eficiencia de estos servicios.