OC-066

El antes y el después de los pacientes que acuden al hospital de día de geriatría

R.M. Quilez Pina, C. Soler Frias, A. Narvion Carriquiri, V. Guerrero Cedeña, N. Doz Saura, C. Sanchez Lecina, J. Galindo Ortiz de Landazuri

Hospital Sagrado Corazón de Jesús, Huesca, España

Objetivos: Analizar las características del paciente que ingresa en el Hospital Día Geriatría (HdG). Estudiar factores relacionados con pronóstico funcional, fracturas y caídas posteriores.

Método: Estudio descriptivo retrospectivo. Revisamos características clínicas, sesiones, funcionalidad, cognición y situación nutricional de los pacientes que acudieron a HdG durante 2016 y seguimiento al año. SPSS.

Resultados: Ciento trece pacientes. Edad 81,7 ± 8,7. Viven en domicilio 88%. El 16% residían solos. Reciben 19 sesiones de media. Remitidos: UVSS 36%, hospitalización 29%, consultas geriatría 27%. Motivos ingreso: inmovilidad 29%, control clínico/farmacológico 19%, estudio cognitivo 17%, ACV 15%, fractura cadera 14%, caídas 13%. Barthel previo 75, ingreso 55, alta 75. Eficacia 0,98. Equilibrio ingreso 8, alta 11. Marcha ingreso 5, alta 7. MEC ingreso 26, alta 28. Según MiniMNA, desnutridos 8%, en riesgo 47%. Según MNA, 9% desnutrición. Según CONUT, desnutrición leve 35%. IMC bajo 11%. Obesidad 40%. Antecedentes HTA 76%, DM 34%, fibrilación 24%, ACV 18%, artrosis 39%, fracturas 37%. Fármacos ingreso 8, alta 9. Ingresos año previo 1,16/posterior 0,7. Urgencias año previo 1,6/posterior 1,3. El 46% presentaron caídas durante el año siguiente y el 16%, fracturas. El 11% fallecieron durante el siguiente año. El 3% tomaban suplementos proteicos, el 19% recibían fármacos antiosteoporóticos, el 26% calcio y el 37% vitamina D.

Barthel al alta se relacionó con Barthel previo/ingreso ($p < 0{,}001$), Profund ($p < 0{,}001$), Fragilidad ($p < 0{,}001$), sesiones ($p = 0{,}04$), miniMNA ($p = 0{,}009$), perímetro pantorrilla ($p = 0{,}02$), MEC ($p = 0{,}001$), albúmina ($p = 0{,}004$). La eficacia se relacionó con MNA ($p = 0{,}02$), remisión desde consultas geriatría y UVSS ($p = 0{,}02$).

Las caídas post-alta se relacionaron con perímetro pantorrilla ($p = 0{,}02$), Barthel ingreso/alta ($p = 0{,}03$), equilibrio ($p = 0{,}01$), diabetes ($p = 0{,}04$). Las fracturas con MiniMNA ($p < 0{,}001$), IMC ($p = 0{,}04$), perímetro pantorrilla ($p = 0{,}006$), Barthel ($p = 0{,}001$), diabetes ($p = 0{,}08$), equilibrio ($p = 0{,}005$) y marcha ($p = 0{,}006$).

La mortalidad post-alta, con Charlson ($p = 0{,}009$), Profund ($p = 0{,}004$), Fragilidad ($p = 0{,}01$), síndrome inmovilidad ($p = 0{,}006$).

Conclusiones: La mala situación nutricional se relaciona con mayor riesgo de caídas, fracturas y peores resultados funcionales. A pesar de ello, el uso de suplementos ha sido bajo (3%), lo cual es un punto de mejora.

Los ancianos que acuden a HdG mejoran funcional y cognitivamente. Además, el año posterior al alta acuden menos a urgencias e ingresan menos que el año previo.

MNA, miniMNA, perímetro pantorrilla y Tinetti son útiles en la detección de riesgo de caídas/fracturas.

La diabetes es factor de riesgo caídas/fracturas; debemos intentar evitar hipoglucemias.

La mortalidad está influida por la fragilidad y la inmovilidad.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.083

OC-067

Repercusión de un sistema centralizado de ingresos sobre la eficacia y la eficiencia de una unidad geriátrica de recuperación funcional

B. Garmendia Prieto, P. Pérez Morillo, S. Cachuan Vega, C. Alcaraz López, B. Pallardo Rodil, J. Gómez-Pavón, J.J. Baztán Cortés

Hospital Central de la Cruz Roja Española - San José y Santa Adela, Madrid, España

Objetivo: Valorar la repercusión asistencial en el funcionamiento de la unidad geriátrica de recuperación funcional (UGRF) de nuestro centro, a partir de la entrada en vigor de la admisión centralizada de pacientes desde la unidad central operativa asistencial (UCOA) del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).

Material y métodos: Se recogió la actividad histórica de la unidad desde 2000 hasta 2015, agrupada en períodos de 4 años; también la actividad desde la entrada en vigor de la UCOA (septiembre de 2016 a diciembre de 2017). Se recogieron datos sociodemográficos, motivo de ingreso, comorbilidad y situación funcional (índice de Barthel [IB]) y mental. Como parámetros de eficacia se recogieron la ganancia funcional (GF) al alta global (IBalta-IBingreso) y relativa ($\{[IBalta - IBingreso]/[IBprevio - IBingreso]\} \times 100$), altas por retraslado e institucionalización. Como parámetros de eficiencia: índice de rotación de pacientes/cama/año; estancia y eficiencia de la estancia (GF/estancia). Los datos agrupados fueron analizados en el programa EPIDAT.

Resultados: Ingresaron 229 pacientes a través de UCOA, 83,2 ± 6,3 años (edad media superior a la de periodos previos), 65% mujeres, sin diferencias respecto a periodos previos. Esto supone una rotación de 9,9 pacientes/cama/año, inferior a la de 2004-2007, 2008-2011 y 2012-2015 (12,7, 16,2 y 14,3, respectivamente; $p < 0{,}001$) pero similar a la de 2000-2003 (10,9; $p = 0{,}22$). El motivo de ingreso fue en mayor proporción por ictus (45%), similar al periodo 2000-2003 (44%) pero superior al resto (2004-2007: 32,5%; 2008-2011: 19%; 2012-2015: 14,5%; $p < 0{,}001$). No hubo diferencia respecto a periodos previos en la ganancia funcional absoluta (21,4 ± 16,6) ni relativa (56 ± 63%). Se objetivó una mayor estancia media (UCOA: 32,5 ± 20, 2 días; 2000-2003:23,4 ± 12,8; 2004-2007: 19,5 ± 9,4; 2008-2011: 17,9 ± 9,8; 2012-2015: 17,4 ± 8,9; $p < 0{,}001$) y una eficiencia inferior (UCOA: 0,7 ± 0,6; 2000-2003: 1,1 ± 2; 2004-2007: 1,2 ± 1,6; 2008-2011: 1,5 ± 1,5; 2012-2015: 1,1 ± 1; $p < 0{,}05$). La tasa de institucionalización al alta fue del 24% y la de retraslados, del 16%, significativamente superior a la de periodos previos (18,5 entre 2000-2003, $p = 0{,}06$, y 15, 13 y 6% el resto de periodos, $p < 0{,}001$, y $p < 11$ para los traslados en todos los periodos, $p < 0{,}05$).

Conclusiones: El ingreso centralizado de pacientes no influyó en los resultados funcionales, pero sí conllevó una mayor estancia, menor eficiencia y menor rotación de pacientes, con una mayor institucionalización al alta y retraslados. Una mayor participación de la unidad receptora en la selección de pacientes previa al ingreso podría contribuir a mejorar estos parámetros.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.084