



ÁREA CLÍNICA. Miscelánea

OC-091

Agudizaciones médicas en pacientes con fractura de fémur ingresados en una unidad de convalecencia. Estudio retrospectivo de 270 pacientes



N. Muñoz, B. González, M. Moreno, E. Anton, M.T. Vilarmau, N. Cañameras, C. Noguerras

Corporació Sanitari Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España

Objetivos: Determinar los factores de riesgo de agudización médica en pacientes >65 años ingresados en una unidad de convalecencia tras una fractura de fémur.

Métodos: Estudio retrospectivo de 270 pacientes ingresados durante el año 2016 con fractura de fémur. Se analizaron y se compararon variables demográficas, antecedentes patológicos, situación funcional (Barthel, Lawton y FAC), valoración cognitiva (Pfeiffer), índice de Charlson, síndromes geriátricos y situación social, entre los pacientes que sufrieron agudización médica y los que no. También se diferenció entre agudización médica leve y grave. Se considera grave la insuficiencia respiratoria secundaria a insuficiencia cardíaca o la infección respiratoria/neumonía, las sepsias, la hemorragia digestiva, la infección abdominal y las hemorragias cerebrales. Se considera agudización leve el delirium, la anemia con transfusión, la infección respiratoria/insuficiencia cardíaca sin insuficiencia respiratoria, la infección de herida quirúrgica y la infección de orina.

Resultados: Un total de 270 pacientes: 69,3% mujeres, edad media 84,07 años, media Barthel previo 75,96, Barthel de ingreso medio 32,88, Charlson medio 2,11, Lawton medio 3,8, deterioro cognitivo 36,3%. No había diferencias significativas en las variables de edad, en la valoración cognitiva ni funcional ni en los síndromes geriátricos entre los grupos agudizados y no agudizados. Se agudizaron un 69,6%: un 30% de ellos graves y un 70% leves. Causas de agudizaciones graves: 32,5% insuficiencia cardíaca, 26,4% neumonía nosocomial, 8,2% hemorragias digestivas, 8,8% sepsias urinarias, 8,8% infección abdominal y 2,9% hematoma cerebral. Mortalidad: 40,3% (causa más frecuente la broncoaspiración: 47,9%). La agudización no supuso un incremento de la estancia media (37,85 vs 35,634; $p=0,395$). Solo el 0,05% (3 pacientes) fueron trasladados. Tras comparar agudizados vs no agudizados, los factores de riesgo que resultaron estadísticamente significativos ($p \leq 0,05$)

fueron: cardiopatía, vasculopatía, Pfeiffer elevado, deterioro cognitivo, Charlson alto, Lawton bajo, disfagia, incontinencia miccional, insomnio, estreñimiento, polifarmacia y delirium.

Conclusión: Los pacientes ingresados por fractura de fémur que tenían más dependencia a nivel funcional, deterioro cognitivo y más síndromes geriátricos sufrían más agudizaciones médicas durante el ingreso, por lo que es importante identificarlos para poder realizar actuaciones preventivas para intentar disminuir la mortalidad de estos.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.111>

OC-092

Impacto de la intervención geriátrica en el paciente anciano en urgencias



M. Méndez Brich, N. Morón Carande, F. Casarramona Lobera, A. Martín Martínez, J.A. Martos Gutiérrez, R. Cristòfol Allué

Consorci Sanitari del Maresme, Mataró, Barcelona, España

Introducción: Hay un crecimiento acusado en la demanda de atención urgente en la población anciana, lo que implica un aumento en la presión asistencial de los servicios de urgencias por tratarse de pacientes más complejos y que requieren un mayor consumo de recursos.

Objetivo: Describir las características principales del paciente anciano atendido en urgencias y valorar el impacto de la intervención geriátrica.

Metodología: Estudio retrospectivo observacional de enero a diciembre de 2017.

Resultados: $n=158$ pacientes. Edad media: 86,92 años. Diagnóstico principal: cardiológico 21,8%, respiratorio 20,2%, infeccioso 15%, demencia/delirium 10,8%, renal 6%, abdominal 5,7%, caídas/declive funcional 4,4%, ictus/NRL 4,4%, control sintomático 3,8%, otros 8,2%. Grado de dependencia (IB): total 35%, grave 16%, moderado 17,7%, leve 27,2%, independiente 4,1%. Disfagia: 62%. Procedencia: domicilio 63,3%, residencia 33,5%, CSS 2%, otros 0,12%. Destino: UGA 59,8%, subagudos 6,9%, psicogeriatría 11,4%, UCP 6,9%, CSS-LE 1,2%, hospitalización domiciliaria 0,6%, otro hospital 0,6%, residencia 4,4%, domicilio 8,2%. Ingresos evitados: 40,5%. Estancia media en urgencias: 11,6 h.

Conclusiones: Se trata de pacientes muy ancianos, la mayoría mayores de 80 años, con gran porcentaje de nonagenarios, cuya principal patología fue cardiológica o respiratoria. Existe un alto grado de dependencia funcional, presentando también un alto porcentaje de disfagia. Hay una gran cantidad de pacientes que consultan por delirium o sintomatología conductual asociada a la demencia. En cuanto a la procedencia, la mayoría es domicilio o residencia. Se han evitado un 40,5% de ingresos en hospital de agudos, haciendo uso de otros recursos asistenciales, como unidades de subagudos, de psicogeriatría o bien larga estancia, lo que implica una disminución de los costes y, lo que es más relevante, una disminución de las complicaciones asociadas al ingreso en pacientes ancianos. Estos datos apoyan el beneficio que aporta la intervención geriátrica en servicios de urgencias.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.112>

OC-093

Calidad de vida y aspectos sociales como determinantes de fragilidad

A. Maseda, C. de Labra, L. Lorenzo-López, N. Cibeira, L. Regueiro-Folgueira, J.C. Millán-Calenti

Universidade da Coruña, Grupo de Investigación en Gerontología, Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), SERGAS, A Coruña, España

Objetivos: La disminución del apoyo social, el vivir solo o una baja calidad de vida son aspectos que se han identificado como factores de riesgo para presentar discapacidad, morbilidad o mortalidad, no habiéndose demostrado hasta el momento su influencia sobre la fragilidad. En este estudio pretendemos analizar la relación de los aspectos sociales con el fenotipo de fragilidad (prefragilidad y fragilidad).

Método: Se ha realizado estudio transversal con una muestra representativa (n = 749) de personas de 65 o más años de edad en el ámbito comunitario. Se recogieron datos sociodemográficos y se evaluaron los recursos sociales (mediante la escala OARS) y la calidad de vida (mediante la escala de la Organización Mundial de la Salud, WHOQOL-BREF). La fragilidad se definió utilizando los 5 criterios físicos de Fried (pérdida involuntaria de peso, fatiga, actividad física reducida, reducción de la velocidad de la marcha y reducción de la fuerza muscular), considerando la presencia de fragilidad si se cumplían al menos tres de los cinco criterios y prefragilidad si se cumplían uno o dos de ellos.

Resultados: El síndrome de fragilidad se ha relacionado principalmente con el género femenino, edad superior a 75 años y con mala calidad de vida general y mala calidad de vida enmarcada en el dominio de salud física del WHOQOL-BREF. Edad entre 80 y 89 años y baja calidad de vida en general fueron los principales determinantes de la presencia de fragilidad en los hombres. Por el contrario, en las mujeres la presencia de fragilidad solamente se vinculó al dominio de salud física del WHOQOL-BREF.

Conclusiones: La aparición de la fragilidad no solo depende de aspectos físicos, sino también de ciertos aspectos sociales o sociodemográficos y de la calidad de vida percibida por la persona mayor. Es importante incluir protocolos dirigidos a mejorar la calidad de vida, como factor de riesgo modificable, a fin de prevenir o revertir la aparición de la fragilidad en las personas mayores.

Este trabajo ha sido financiado por la Xunta de Galicia (ED431C 2017/49 y Red FrailNet IN607C 2016/08).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.113>

OC-094

Valor predictivo de los factores de riesgo propuestos para el diagnóstico de enfermería «Riesgo de caídas» en la población geriátrica institucionalizada

R. López-López^a, L. Lorenzo-López^a, C.M. García-Martínez^a, A. Maseda^a, J.M. Cancela-Carral^b, J.C. Millán-Calenti^a

^a *Universidade da Coruña, Grupo de Investigación en Gerontología, Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), SERGAS, A Coruña, España*

^b *Universidade de Vigo, Grupo de Investigación HealthyFit (HI22), Departamento de Didácticas Especiales, Área de Educación Física y Deportiva, Vigo, Pontevedra, España*

Objetivos: A fin de etiquetar el diagnóstico enfermero «Riesgo de caídas», la taxonomía NANDA-International (NANDA-I) propone categorizar los factores de riesgo en: adulto, ambiente, estado cognitivo, fisiológicos y de causa medicamentosa. Los objetivos de este trabajo han sido describir la prevalencia de caídas en personas mayores institucionalizadas, así como evaluar la frecuencia de aparición y el nivel de precisión diagnóstica de los factores de riesgo del mencionado diagnóstico.

Métodos: Se realizó un estudio observacional para evaluar la presencia o ausencia de 29 indicadores clínicos (factores de riesgo) del diagnóstico enfermero «Riesgo de caídas», de acuerdo a los criterios validados por la clasificación NANDA-I, en una muestra de 145 personas de ≥ 65 años ($85,1 \pm 7,9$) institucionalizadas en un complejo gerontológico. Para el cálculo de la precisión estadística de los factores de riesgo se realizaron medidas de análisis de test diagnóstico: sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo/negativo, eficiencia, odds ratio (OR) y curva ROC.

Resultados: La prevalencia de caídas fue del 37,2%. El factor de riesgo más prevalente fue el de consumo de fármacos (95,3%); no obstante, el uso de sujeciones y el déficit propioceptivo fueron los únicos factores de riesgo significativos. El área bajo la curva ROC para el uso de sujeciones fue del 0,63, mientras que para el déficit propioceptivo fue del 0,58, con una sensibilidad del 44 y del 19%, una especificidad del 82 y del 97% y un OR de 6,25 y de 31,55, respectivamente. El resto de indicadores analizados no resultaron específicos ni predictivos del diagnóstico enfermero «Riesgo de caídas».

Conclusiones: Los datos obtenidos sugieren que el uso de sujeciones y el déficit propioceptivo son buenos indicadores clínicos del riesgo de caídas en personas mayores institucionalizadas. Dado que los diagnósticos enfermeros orientan la planificación de intervenciones preventivas y la elaboración de los planes de cuidados, profundizar en el conocimiento de los factores de riesgo en las instituciones disminuirá la casuística de caídas, así como su morbimortalidad y coste sociosanitario asociado.

Este trabajo ha sido financiado por la Xunta de Galicia (ED431C 2017/49 y Red FrailNet IN607C 2016/08).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.114>

