

Resultados: Una mejor relación previa y actual con el familiar informada por los cuidadores se asocia a mayor presencia de emociones positivas y menores niveles de culpa y de ambivalencia. La calidad de la relación previa también se asocia positivamente con el nivel de familismo y la calidad de la relación en el presente. La cohesión familiar presenta asociaciones significativas directas con familismo, e inversas con el nivel de culpa y ambivalencia. Los/as esposos/as cuidadores informaron de mayores niveles de familismo y cohesión familiar que los/as cuidadores/as hijos/as de la persona con demencia.

Discusión: Los resultados sugieren que las relaciones familiares en el contexto del cuidado, concretamente la calidad de la relación con la persona cuidada antes y después del desarrollo de la enfermedad, así como la cohesión familiar, son variables que han de ser tenidas en cuenta a la hora de describir la experiencia emocional del cuidador.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.032>

OC-021

Las úlceras por presión como indicador evolutivo de calidad asistencial en un centro gerontológico



N. Lema Reino^a, J. Uranga Zaldúa^a, M. Epeldegi Agirre^a, J. Vegas González^a, M. Ugartemendia Yerobi^b, J.J. Calvo Aguirre^a

^a Residencia Zorroaga, San Sebastián, España

^b Facultad de Medicina y Enfermería, Universidad del País Vasco, San Sebastián, España

Objetivos: Detectar en estadios tempranos las úlceras por presión (UPP) y minimizar la problemática derivada de ellas en un centro gerontológico.

Método: En una residencia de mayores de 302 plazas, en el año 2003 se diseña una base de datos que incluye: lugar de producción (hospitalaria ó residencial), localización, estadificación, diagnóstico, incidencia y prevalencia. Se reportan los resultados, anualmente, durante 14 años (2004-2017). Se interviene, promoviendo una formación específica a enfermería, en la prevención y el cuidado de las UPP, hecha extensiva al personal auxiliar mediante una política informativa de resultados semestral. La población residencial, al final del año 2017, tenía una edad media de 83,6 años, siendo un 67% gran dependiente.

Resultados: Durante el periodo 2004-2017, el número total anual de residentes ha sufrido mínimas variaciones y el total de UPP habidas ha sido de 1.902, de las cuales el 7,4% se producen durante un ingreso hospitalario y el resto (92,5%) en la propia Residencia. El número de nuevas UPP ha aumentado de forma progresiva hasta el año 2014 (n=218), en que se inicia un receso progresivo hasta el año 2017 (n=139). El diagnóstico de las UPP en estadio 1 era, en el año 2004, del 16%, habiendo aumentado en 2017 al 54%. El diagnóstico de las UPP en estadio 3 o 4 se daba al inicio en el 37% de los casos, mientras que en el 2017 es del 2%. La localización más frecuente es el talón (34%), con poca variación en el tiempo. La prevalencia oscila entre el 1,7 y el 8,9%. A fin de 2017, únicamente una UPP está registrada en estadio 3 y ninguna en estadio 4. El análisis trienal de resultados confirma la mejoría paulatina y progresiva en el diagnóstico temprano.

Conclusiones: Una política formativa e informativa entre los profesionales de enfermería y los auxiliares, mantenida en el

tiempo durante 14 años, ha demostrado eficacia en minimizar la problemática de las UPP en un centro gerontológico. La mejoría asistencial se ha producido de forma lenta y progresiva, habiéndose estabilizado a los 10 años de la instauración del programa.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.033>

OC-022

E-consulta, modelos de intervención telemática en la unidad de coordinación sociosanitaria de un hospital de alta complejidad



T. de la Hueraga^a, C. Mañas^b, O. Gomez^a, F.J. Dodero^a, A.I. Hormigo^a, M. Mejías^a, J. Sanchez Martin^a

^a Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

^b Residencia Nogales Madrid, Madrid, España

Introducción: Los cambios demográficos exponen una población cada vez más envejecida, y es primordial encontrar estrategias que busquen la sostenibilidad del sistema sanitario. La unidad sociosanitaria nace para facilitar la comunicación entre los diferentes profesionales y superar la fragmentación asistencial, buscando un modelo de atención que favorezca la continuidad asistencial entre los pacientes, atención primaria, atención hospitalaria y los centros sociosanitarios (CSS), considerando que las residencias son el domicilio de nuestro paciente.

Objetivos: Describir el número de e-consultas recibidas desde atención primaria y residencias atendidas por la unidad de coordinación sociosanitaria (geriatra de referencia hospitalario y enfermeras de continuidad asistencial [ECA]), así como sus circuitos de resolución diferenciales.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo transversal desde el 1 de marzo de 2016 hasta el 28 de febrero de 2018 (24 meses) de las e-consultas recibidas desde residencias incluidas en el portal sociosanitario (25) y centros de salud del área (23) con acceso mediante la historia clínica electrónica. Tanto medicina como enfermería tienen posibilidad de comunicarse vía telemática mediante e-consulta con el hospital de referencia. Se han creado 15 circuitos diferenciales de atención para estos pacientes.

Resultados: Se recibieron 1.203 e-consultas: 802 dirigidas al geriatra y 401 a ECA; 783 procedentes de CSS y 420 procedentes de los centros de salud (CS). En los primeros 12 meses se recibieron 209, y en los siguientes 12 meses, 994. Los motivos de comunicación con ECA son: 44,2% por temas relacionados con citas, analíticas o ambulancias; 18% por heridas; 15% relacionado con fármacos; 10% formación y recambio de PEG en los propios CSS, lo cual evitó 20 desplazamientos al hospital. En relación a la intervención por geriatra, la mayoría fue para solucionar dudas médicas, enviar anexo de material ortoprotésico o protocolo nutricional sin generar otro recurso o prueba y sin desplazamiento del paciente o familiar. En menor porcentaje se beneficiaron para ingresos programados, atención en hospital de día, circuito de antibióticos y conciliar medicación.

Conclusión: La e-consulta ha favorecido la comunicación, evitando desplazamientos innecesarios y mejorando la atención a los pacientes, teniendo circuitos diferenciales para ellos. Se consolida como herramienta útil para establecer comunicación entre niveles asistenciales.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.034>