



COMUNICACIONES PÓSTER

Área clínica

PC-002

Mejora de la calidad asistencial tras la implantación de un programa de retirada de sujeciones



I. Rodríguez Moreno, L. Espantaleón Rueda

Amavir Valdebernardo, Madrid, España

Objetivos:

- Demostrar la viabilidad de la atención en un centro gerontológico sin necesidad de sujeciones físicas y su mantenimiento en el tiempo sin comprometer la seguridad de los residentes
- Analizar la evolución de distintos indicadores de calidad asistencial tras la implantación de un programa de eliminación de sujeciones físicas.

Métodos: En marzo de 2015 nuestro centro residencial con capacidad para 180 usuarios se acogió al programa Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer de CEOMA. En noviembre de 2015 se retiró la última sujeción, acreditándonos como centro libre de sujeciones en 2017. Como parte del programa se rellenó un censo que proporcionaba una fotografía de la población atendida antes de su instauración. Estos datos hacen referencia a la capacidad funcional y cognitiva, así como otros especialmente relacionados con el uso de sujeciones, como son alteraciones conductuales, caídas, UPP, polifarmacia y uso de psicofármacos. Este censo se repitió en años sucesivos para analizar la evolución de estos indicadores.

Resultados: Se observa una reducción de los SPCD, así como del número de pacientes polimedicados y del uso de psicofármacos. También se observa una disminución importante en el uso de barandillas en cama. Aunque hubo un repunte del número de caídas durante el proceso de retirada de sujeciones (siempre dentro de las cifras consideradas como aceptables), posteriormente se ha visto una disminución de las mismas, hasta cifras ligeramente inferiores a las del inicio del programa.

Conclusiones: Tras dos años desde la finalización del programa se comprueba que es posible atender a las personas con demencia de una forma más digna sin necesidad del uso de sujeciones físicas y sin comprometer su seguridad. Además, la adhesión a este tipo de programas conlleva una transformación de los centros que se refleja en una mejora de la calidad asistencial. Tras la retirada de sujeciones se mejora la calidad de vida de las personas con demencia

porque se promueve su movilidad y funcionalidad, se mejoran sus SPCD y se disminuye la polifarmacia y los psicofármacos sin aumentar el número de caídas ni las consecuencias graves derivadas de estas.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.148>

PC-003

Programa de coordinación hospitalaria con centros sociosanitarios. Resultados 2017



F.J. Martínez Peromingo, C. González de Villaumbrosia, C. Oñoro, E. Baeza, C. Chamorro, M.J. Rol, C. Plaza

Hospital Rey Juan Carlos, Madrid, España

Objetivos: El envejecimiento de la población está modificando nuestra pirámide poblacional. La población institucionalizada en residencias se ha triplicado en 10 años, y es esperable que continúe aumentando. Para favorecer la coordinación con los centros se creó una unidad en el hospital y se desarrolló una herramienta informática: el Portal Sociosanitario. Con ella permitimos la apertura de la historia clínica hospitalaria a profesionales de residencias, en igualdad de condiciones que al profesional del centro de salud, favoreciendo la coordinación entre los niveles asistenciales. En la presente comunicación se analizan los datos correspondientes a 2017.

Material y métodos: Se diseña el «Portal Sociosanitario» con acceso restringido a los profesionales sanitarios de residencias en el ámbito de influencia del hospital Rey Juan Carlos de Móstoles. Se crea en el hospital una unidad de coordinación con residencias formada por un geriatra y una enfermera de continuidad asistencial para coordinación con los centros. Se habilitan formularios con servicios no presenciales para evitar desplazamientos evitables. Se abre comunicación mediante e-consulta, herramienta que favorece la coordinación entre profesionales del paciente, quedando registro en historia clínica del hospital y de los centros. Se analizan los datos del portal sociosanitario con relación a las consultas de residentes, visitas a urgencias, ingresos hospitalarios y utilización de sistemas no presenciales durante el año 2017.

Resultados: En 2017 teníamos incluidos a 3.834 pacientes que originaron 5.383 consultas externas, 1.113 econsultas, 2.816 derivaciones a urgencias y 1.571 ingresos hospitalarios. Comparando

los datos de 2017 con los de 2016 observamos los siguientes cambios:

- **Consultas externas:** han disminuido un 5,96%.
- **Econsultas:** han aumentado un 54,80%.
- **Urgencias:** han disminuido un 7,24%.
- **Hospitalizaciones:** han disminuido un 4,01%.

Conclusiones: La puesta en marcha del Portal Sociosanitario ha supuesto un gran paso en continuidad asistencial en el paciente institucionalizado, redundando en una mejor calidad de la atención. La eliminación de barreras de acceso al profesional de residencia a la historia clínica ha aumentado su implicación y ha mejorado la coordinación entre niveles. El paciente, institucionalizado o no, tiene derecho a una atención sanitaria de calidad. Se han reducido los desplazamientos evitables mediante comunicación eficaz y coordinada entre profesionales y niveles.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.149>

PC-004

Detección y abordaje de la disfagia orofaríngea en una unidad de agudos de geriatría

C. Palicio Martínez^a, M. Moral Carretón^a, L. Bárcena Goitiandía^a, E. Martín Francisco de Murga^a, M. Herrera Abian^a, C. Martín-Benito Bustos^b

^a Hospital Infanta Elena, Valdemoro, Madrid, España

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

Objetivos: Describir los resultados de la revisión de los pacientes con sospecha de disfagia orofaríngea ingresados en una unidad de agudos.

Métodos: Estudio retrospectivo con revisión de las historias clínicas de los pacientes ingresados en nuestra unidad durante el segundo semestre del año 2017 a los que se ha solicitado interconsulta al servicio de otorrinolaringología para cribado de disfagia orofaríngea (test volumen-viscosidad, fibroscopia).

Resultados: N = 33 (19 mujeres, 14 hombres), de los cuales el 66,7% institucionalizados. Rango edad: 82–98 años (media 86,75 años). Resultados test volumen-viscosidad positivos: 21 (62,6%) con textura néctar 10 (47,6%), miel 7 (33,3%) y pudding 4 (19%). De ellos, con deterioro cognitivo: 31 (93,93%) en grado leve 12 (38,7%), moderado 9 (29%), grave 4 (19%). El 69,7% ingresó por infección respiratoria: infección de vías bajas 7 (21,21%), neumonía 12 (36,36%), sepsis respiratoria 4 (12,12%) de los pacientes con neumonía, el 58,3% tenían disfagia probada. Un 66,6% de los pacientes (22) procedían de medio residencial. De ellos, el 67,6% fueron diagnosticados de disfagia en el ingreso. En todos los casos detectados se ha hecho la indicación y pautado espesantes al alta, en su mayoría con base de goma.

Conclusiones: La disfagia orofaríngea es un síndrome geriátrico muy prevalente que afecta a un elevado porcentaje de los pacientes con deterioro cognitivo, pero que continúa siendo infradiagnosticado e infratratado.

Casi la mitad de los pacientes estudiados presentaban un grado más leve de disfagia, precisando una adaptación del líquido a textura néctar; por lo tanto, tenían muchas más posibilidades de pasar desapercibidos si no se prestaba especial atención y se hacía una valoración dirigida a detectar este problema, con el consiguiente

aumento del riesgo de infecciones respiratorias de origen aspirativo.

Un elevado porcentaje de los pacientes diagnosticados procedían de medio residencial, entorno habituado a tratar con este tipo de alteración deglutoria, donde sin embargo no se habían sospechado ni remitido previamente para estudio.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.150>

PC-005

Valoración nutricional bioquímica: informatización de la escala CONUT en el hospital de crónicos de Mislata

G. Cristea, V. Oller Arlandis, M. Rivera Roca, C. Lorenzo Muñoz

Hospital de Crónicos de Mislata, Mislata, Valencia, España



Objetivos: En el Hospital de Crónicos de Mislata se ha introducido en la historia informática el índice CONUT para realizar la valoración nutricional de los enfermos.

El objetivo principal de este estudio es comparar la situación nutricional al ingreso y al alta utilizando la escala CONUT, que incluye las determinaciones de albúmina sérica, colesterol total plasmático y linfocitos totales.

Método: Estudio retrospectivo realizado en el hospital de asistencia a crónicos y larga estancia (HACLE) del hospital de Mislata. Período del estudio: abril 2017-diciembre 2017.

Se realiza una revisión de la puntuación en la escala CONUT tanto al ingreso como al alta hospitalaria. Se compara la situación nutricional al alta con la situación nutricional al ingreso. Se considera que los pacientes con una puntuación menor a 4 puntos en la escala de Conut no presentan alteración nutricional.

Criterios de exclusión: estancias menores a 30 días, pacientes con patología oncológica, pacientes que han fallecido durante el ingreso, pacientes que han sido dados de alta por traslado a urgencias.

Resultados: En el período de estudio se han dado de alta a un total 200 pacientes.

Se ha excluido del estudio a 161 enfermos por: estancias menores a 30 días (17 pacientes); muerte (121 pacientes); pacientes oncológicos que no han fallecido durante el ingreso (4 pacientes); trasladados a urgencias (7 pacientes); CONUT sin realizar (12 pacientes).

Muestra final: 39 pacientes. Edad media: 72,73 años. Hombres: 14 (35,9%). Mujeres: 25 (64,10%).

Sin alteración nutricional al ingreso: 21 pacientes (53,84%); con alteración nutricional al ingreso: 18 enfermos (46,16%).

Mejoría nutricional al alta de los enfermos con alteración nutricional al ingreso: 14 pacientes (77,77%). Empeoramiento nutricional al alta de los enfermos con alteración nutricional al ingreso: 4 pacientes (22,23%).

Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes (53,84%) no presentan alteración nutricional según la escala CONUT. De los pacientes con desnutrición un 77,77% presentan mejoría nutricional al alta hospitalaria. El porcentaje de pacientes con empeoramiento nutricional tras su estancia en nuestro centro es bajo (22,23%).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.151>