

(gran dependencia) 22,7%, 26-50 (dependencia severa) 25%, 51-75 (dependencia moderada) 31,2%, 76-100 (dependencia leve o independiente) 21,1%. Downton: <3 (no riesgo caídas) 10%, >3 (riesgo importante) 90%. Polimeditado: sí 17,3%, no 82,7%. Patología ingreso: respiratoria 6,5%, neurológica 23,1%, cardiológica 3,8%, traumatológica 26,2%, medicina interna 5,8%, otros 26,9%, terminal no oncológico 3,1%, terminal oncológico 4,6%; procedencia: 38,1% hospital, domicilio 32%, residencia 0,4%, sociosanitario 29,5%; destino alta: hospital 4,6%, domicilio 41,6%, residencia 5,8%, sociosanitario 38,8%, muerte 9,2%; días ingreso <1 mes 58,84%, >1 mes 41,16%. Comorbilidad: 0-1 puntos (p) (ausencia) 26,5%, 2 p (baja) 19,3%, ≥3 p (alta) 54,2%; predicción mortalidad: 0 p (12% mortalidad/año [m/a]) 11,2%, 1-2 p (26% m/a) 35%, 3-4 (52% m/a) 32,3%, ≥5 p (85% m/a) 21,5%.

Comorbilidad alta: 85,1% de >71 años, 82,26% con Barthel >51%, 90,78% con alto riesgo de caídas.

Predicción de mortalidad del 85% m/a: 78,57% de >71 años, 78,57% con Barthel >51%, 89,28% con alto riesgo caídas.

Un 91,6% con diagnóstico terminal oncológico tenían comorbilidad alta y predicción de mortalidad del 85% m/a. El 100% de pacientes con predicción mortalidad >52% m/a tenían comorbilidad alta.

Conclusiones: Las variables que se relacionan con aumento de comorbilidad son: edad ≥71 años, Barthel >51%, Downton >3, enfermedad terminal oncológica.

Variables que actúan como predictores de mortalidad son: edad ≥71 años, Barthel >51%, Downton >3, enfermedad terminal oncológica.

Los pacientes con comorbilidad alta tienen alta predicción de mortalidad (≥52%).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.292>

PC-147

Pacientes centenarios de un programa de atención al paciente pluripatológico en el domicilio



N. Stasi^a, J. Cruanyes^a, P. Villacé^b, E. Villegas^c, R.A. Sabaté^d, A. Ruiz^a, A. Vilà^a

^a Hospital de Barcelona - SCIAS, Barcelona, España

^b Corporació Sanitari Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España

^c Hospital Dos de Maig - Consorci Sanitari Integral, Barcelona, España

^d Parc de Salut del Mar, Barcelona, España

Introducción y objetivos: El envejecimiento conlleva el aumento de las enfermedades crónicas, pluripatología, fragilidad y discapacidad que genera múltiples ingresos hospitalarios. Una cooperativa de seguros de asistencia sanitaria diseñó un programa de atención al paciente crónico y pluripatológico con el objetivo de garantizar continuidad asistencial, mejorar la eficacia clínica y optimizar recursos sanitarios. Se trata de una estructura transversal en la que médicos y enfermeras dan asistencia especializada en domicilio a pacientes crónicos reagudizados que previamente a la creación de dicha unidad requerían ingreso hospitalario y realizar seguimiento hasta la situación de final de vida. El objetivo es analizar los pacientes centenarios en seguimiento domiciliario.

Material y método: Inicio programa junio 2011. Se seleccionaron pacientes con 2 o más ingresos en el último año, controlados por equipo multidisciplinar: internistas, geriatras, médicos de cabecera y enfermeras. A las 24h post-alta fueron visitados por internista/geriatra y enfermera (equipo de intervención) y sucesivamente por médico de cabecera y enfermera, disponiendo de

un teléfono directo atendido por enfermería. En caso de descompensación, el equipo de intervención realizaba hospitalización domiciliaria (HD) hasta estabilización. Variables evaluadas: edad, sexo, Barthel, Charlson, patologías, úlceras al ingreso, cuidador principal, estancia al programa, lugar del fallecimiento, necesidad de sedación. Grado de satisfacción mediante encuesta aleatoria analógica (0-10).

Resultados: Se incluyeron 1.273 pacientes junio 2011-diciembre 2017. Edad media 85 ± 7 (55% mujeres). Pluripatológicos 1.128 (89%). Promedio días de estancia: 359 ± 426. El equipo de intervención realizó 0,9 ± 1,8 visitas por paciente y mes, cabeceras 2 ± 2, enfermería 3,5 ± 4,4.

De los pacientes incluidos: 55 centenarios (4%); 38 mujeres (69%). Pluripatológicos 50 (91%). Barthel 0-30: 37 pacientes (67%). Patologías por pacientes: demencia 33 (60%), insuficiencia cardiaca 32 (58%), infarto de miocardio 11 (20%), enfermedad cerebrovascular 12 (22%), diabetes 10 (18%), patología renal moderada/severa 16 (29%), neoplasias 10 (18%), úlceras 22 (40%). Cuidador principal formal: 38 (69%), institucionalizados 7 (13%). Fallecimiento en domicilio 49 (89%). Han precisado sedación 16 (29%). Promedio días de estancia en el programa: 160 días.

Conclusiones: El programa PAPPa ha conseguido controlar en domicilio pacientes crónicos pluripatológicos centenarios, reduciendo ingresos y con alto grado satisfacción hasta su fallecimiento.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.293>

PC-148

Impacto asistencial del traslado de una unidad de cuidados paliativos a un servicio de geriatría en un hospital de agudos



J. Martos Gutierrez, M. Mendez Brich, E. Martinez Suarez, A. Oller Bonache, C. Norberto Nicolas, N. Moron Carande, R. Cristofol Allue

Consorci Sanitari del Maresme, Mataró, Barcelona, España

Objetivo: Valorar el impacto del traslado de una unidad de cuidados paliativos (UCP) dependiente del servicio de geriatría de un centro sociosanitario a un hospital de agudos.

Material y método: Estudio descriptivo retrospectivo comparativo de la atención a los pacientes tributarios de abordaje paliativo ingresados en una unidad de cuidados paliativos en un centro sociosanitario en 2013 y la evolución de la citada atención en un hospital de agudos desde 2014 a 2017.

Resultados: Se objetiva un aumento de los pacientes atendidos en una unidad de cuidados paliativos (UCP) en un centro sociosanitario en 2013 (881 pacientes) vs los ingresados en la misma unidad pero en el hospital de agudos del mismo centro en 2017 (1.204 pacientes). Se evidencia un aumento de los pacientes no oncológicos de 2013 a 2017 en un 30%. No hay diferencia en el perfil del diagnóstico de los pacientes oncológicos. Se objetiva mejora en la accesibilidad temporal en el ingreso en 2017 vs 2013, y hay un aumento de altas a domicilio y también un aumento en los reingresos.

Conclusiones: Incluir una UCP en un hospital de agudos favorece la accesibilidad, mejora la estancia media y aumenta los reingresos.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.294>