

Calcular la supervivencia en el grupo que recibió tratamiento y estimación del tiempo de vida durante el ingreso según índices pronósticos.

Metodología: Estudio descriptivo, retrospectivo en ≥ 70 años en la unidad de cuidados paliativos (enero-diciembre de 2017). Análisis estadístico: SPSS.

Resultados: N=81 (2 supervivientes y 79 fallecidos). 70,4% (57 pacientes) varones y 29,6% (24) mujeres. Edad: 70-97 (media 80,7). Neoplasia previa: 21% (17 pacientes).

Patología oncológica:

1: carcinoma de pulmón, 20% (16 pacientes).

2: carcinoma de vejiga, 11% (9 pacientes).

3: carcinoma de próstata y de mama, ambos con un 8,6% (7 pacientes respectivamente).

Situación funcional:

Karnofsky: 61,7% (50 pacientes) tenían un puntaje 30 a 40.

Barthel: media de 27 (0-90). El 25% (20 pacientes) tenían un puntaje de 0.

PPI score > 6 : 72,8% (59 pacientes).

PPSV2 < 30 : 59,3% (48 pacientes).

PAP score C: 50,6% (41 pacientes).

Deterioro cognitivo: 32,1% (26 pacientes).

Líneas de tratamiento: 35,8% (29 pacientes) recibieron tratamiento y 64,2% (52 pacientes) no.

Supervivencia: Sí quimioterapia: 153 meses. No quimioterapia: 136 meses ($p = 0,01$).

Marcadores analíticos: PCR < 1 mg/dl = supervivencia de 132 meses. PCR ≥ 5 a 10 es de 52 meses ($p = 0,26$). Linfocitos $> 20\%$ = supervivencia de 122 meses y $< 12\%$ = supervivencia de 153 meses ($p = 0,40$).

Conclusiones: Los pacientes que recibieron tratamiento quimioterápico desde el inicio tuvieron mayor supervivencia (alrededor de 1 año).

La UCP de nuestro centro atiende a una población octogenaria con deterioro funcional severo y una supervivencia corta al ingreso de la unidad.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.297>

PC-152

Seguimiento domiciliario de pacientes nonagenarios y centenarios. Valoración del final de la vida. Escala de resultados en cuidados paliativos (POS) y satisfacción de la atención prestada

N. Stasi^a, L. Carretero^a, J. Cruanyes^a, R.A. Sabaté^b, P. Villacé^c, A. Ruiz^a, A. Vilà^a

^a Hospital de Barcelona - SCIAS, Barcelona, España

^b Parc de Salut del Mar, Barcelona, España

^c Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España

Introducción: Una cooperativa de seguros de asistencia sanitaria ha desarrollado desde el año 2011 un programa de atención domicilio del paciente crónico y pluripatológico. El envejecimiento conlleva el aumento de las enfermedades crónicas, pluripatología, fragilidad y discapacidad que genera múltiples ingresos hospitalarios. Se trata de una estructura trasversal 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 el final de vida. El objetivo es analizar los pacientes que han fallecido durante 2017.



Materiales y métodos: Inicio programa: junio de 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 24 h post-alta fueron visitados por internista/geriatra y enfermera (equipo de intervención). El paciente fue controlado por médico de cabecera y enfermera, disponiendo de un teléfono directo atendido por enfermería. Se realizó seguimiento hasta la situación de final de vida con una constante atención integrada de pacientes ancianos complejos y con necesidades multinivel. Variables evaluadas: edad, sexo, Barthel, Charlson, PROFUND, lugar del fallecimiento, cuidador principal, necesidad de sedación. Grado de satisfacción mediante encuesta analógica (0-10) y escala de resultados en cuidados paliativos (POS) por un evaluador externo.

Resultados: Se han incluido 1.377 pacientes entre junio de 2011 hasta diciembre de 2017. Durante 2017 han fallecido 152 con edad media 88 ± 6 (55% mujeres), de los cuales 70 (46%) con edad ≥ 90 años y de ellos 5% ≥ 100 años. Índice Barthel 28 ± 26 . Charlson 4 ± 2 . Son pluripatológicos 141 (91%) con PROFUND 17 ± 5 . Promedio de días de estancia en el programa: 403. Precisaron sedación 50 (33%). Las estancias hospitalarias se redujeron de 2,5 días a 0,7 por paciente. Han fallecido en domicilio 117 (77%). Grado de satisfacción: 9; escala POS: 11,3 (rango 4-21).

Conclusiones: El programa ha conseguido controlar en domicilio pacientes crónicos pluripatológicos nonagenarios objetivando en situación de final de vida un buen control de los síntomas, una comunicación eficaz y apoyo psicoemocional de la familia hasta su fallecimiento.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.298>

PC-153

Buscando predictores de destino al alta



X. Merino Jordán, M.D.L.A. Lago Mingarro, A.B. Ferrer Hurtado, B. López Asensio, M.E. Morros Secanell

Centre Sanitari del Solsonés - Fundació Pública Comarcal, Solsona, Lleida, España

Objetivos:

- Analizar cuál es el destino de los usuarios dados de alta de la unidad.
- Conocer qué variables pueden condicionar el destino al alta de los usuarios de un sociosanitario.

Método:

- Sujetos: usuarios ingresados en sociosanitario.
- Periodo: 1 enero a 31 de diciembre de 2017.
- Tipo de estudio: descriptivo retrospectivo.
- Ámbito del estudio: sociosanitario.
- Medidas e intervenciones: hoja de recogida de datos. Programa SPSS.
- Variables: sexo, edad, valoración cognitiva: Test Pfeiffer, Escala evaluación actividades básicas vida diaria: índice Barthel, Escala riesgo caídas: Downton, polimedido, patología ingreso, destino al alta; índice de comorbilidad Charlson.

Resultados: N= 260. Sexo: hombres 37,3%, mujeres 62,7%. Edad: < 50 años 0,4%, 51-70 años 16,5%, 71-85 años 45,8%, > 86 años 37,3%. Pfeiffer: 0-2 (normal) 49,2%, 3-4 (deterioro cognitivo leve) 14,2%, 5-7 (moderado) 17,8%, 8-10 (importante) 18,8%. Barthel:

0-25 (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%. Polimedicode: 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%. Destino alta: hospital 4,6%, domicilio 48,1%, residencia 5,8%, media estancia 0,8%, larga estancia 31,5%, muerte 9,2%; Charlson: 0-1puntos (ausencia) 26,5%, 2 p (baja) 19,3%, ≥ 3 p (alta) 54,2%.

Un 68,54% de los usuarios con Pfeiffer < 5 tienen como destino al alta al domicilio. Un 60% de los pacientes que van a residencia tienen un Pfeiffer > 5. Un 83% de los pacientes que han fallecido presentaban una severa/gran dependencia. Un 80% de los pacientes con destino residencia tienen alto riesgo de caídas. Los pacientes con destino larga estancia en un 56,1% tienen diagnóstico neurológico o traumatológico.

Conclusiones: Los principales destinos al alta de los usuarios del sociosanitario son el domicilio e ingreso en otra unidad sociosanitaria. En un porcentaje muy pequeño de casos ingresan en hospital de agudos o residencia.

Las variables que pueden condicionar el destino al alta de los usuarios son el deterioro cognitivo y el riesgo de caídas para domicilio o residencia, y el diagnóstico de enfermedad neurológica o traumatológica al ingreso para unidad de larga estancia.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.299>

PC-154

Diferencias entre sexos en pacientes con fractura de cadera



M. Alcantud Ibáñez^a, E. Fernández^a, A. Ruiz-Pinto^b, A. del Cerro^a, R. Larraínzar^a, F. Brañas Bazzán^a

^a Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

^b Hospital del Tajo, Aranjuez, Madrid, España

Objetivos: Conocer las diferencias prefractura y poscirugía con respecto al sexo de los pacientes con fractura de cadera.

Métodos: Estudio prospectivo. Se incluyeron todos los pacientes ≥ 65 años ingresados por fractura de cadera entre el 1 de enero de 2009 y el 31 de diciembre de 2016.

Resultados: Se incluyeron 1.221 pacientes, 936 (76,6%) mujeres, 285 (23,3%) hombres, con una edad media de 83,5 sin diferencias entre sexos. Existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la situación social prefractura: las mujeres viven más solas o con un cuidador (63,1%), y los hombres mayoritariamente viven con su pareja (58,2%) ($p=0,000$), sin diferencias en cuanto a la institucionalización. La polifarmacia (≥ 6 fármacos) fue estadísticamente mayor en varones (65,8% vs 55,8%, $p=0,004$). No existen diferencias significativas en cuanto a la situación funcional basal entre sexos, con un FAC medio de 4,08 y un índice de Barthel medio de 77,7.

Los hombres presentaban peor estado de salud según la escala de riesgo preoperatorio ASA. El 77,6% de los hombres se clasificaron como ASA III/IV, mientras que el 95,09% de las mujeres se clasificaron como ASA II/III ($p=0,00$).

No hubo diferencias entre sexos en: tipo de fractura, técnica anestésica ni tipo de cirugía. El porcentaje de pacientes no operados fue significativamente mayor en los hombres que en las mujeres (4,6% vs 1,7%, $p=0,01$) y el tiempo hasta la cirugía era también mayor en los hombres (85,72 vs 74,09 h, $p=0,005$). La inestabilidad

clínica como causa de demora quirúrgica fue mayor en los hombres, con significación estadística (13,8% vs 9%, $p=0,04$).

En el postoperatorio los hombres tienen mayor riesgo que las mujeres de desarrollar complicaciones como infección respiratoria ($p=0,002$), insuficiencia cardiaca ($p=0,02$) y delirium ($p=0,01$). Sin diferencias entre sexos en desarrollar retención aguda de orina, siendo más frecuente en las mujeres la infección de orina ($p=0,04$).

La mortalidad intrahospitalaria fue significativamente mayor en los hombres (9,8% vs 3,7%, $p=0,00$).

Conclusiones: La fractura de cadera es una patología fundamentalmente de mujeres. Sin embargo, los hombres que se rompen la cadera tienen peor estado de salud precirugía, más polifarmacia, mayor riesgo de desarrollar complicaciones médicas posquirúrgicas y mayor mortalidad intrahospitalaria.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.300>

PC-155

Análisis de multimorbilidad en un área de salud muy envejecida de Cantabria



G. González Gutiérrez^a, A. Bueno Díaz^a, C. Aguirre Gutierrez^a, A. Delgado Uría^b, I. Lapuente Heppe^b, C. Fernández-Viadero^c

^a Centro de Salud Nansa, Servicio Cántabro de Salud, Puentenansa, Cantabria, España

^b Oficina de Cronicidad y Pluripatología, Servicio Cántabro de Salud, Santander, España

^c Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Servicio Cántabro de Salud, Santander, España

Introducción y objetivos: Aunque la multimorbilidad crónica aparece en cualquier edad, su máxima prevalencia ocurre entre la población anciana. El envejecimiento, como fenómeno, es universal pero heterogéneo, afectando desigualmente a la población según su ubicación geográfica. El objetivo es describir la multimorbilidad del Valle del Nansa, (región occidental de Cantabria con población de 2.071 personas), cuyo índice de envejecimiento es del 39,2% (417 varones y 395 mujeres con 65 y más años) y un sobre-envejecimiento del 17,7% (366 personas de 80 y más años).

Metodología: Los datos provienen de la estratificación poblacional de la Estrategia de Cronicidad de Cantabria y se han obtenido mediante la BDCAP y los CMDB correspondientes al año 2017.

Resultados: En esta población solamente 45 ancianos (5,5%) no tienen registrada ninguna patología crónica, mientras 669 presentan 3 o más patologías crónicas (66,9%). La edad media de las mujeres ($79,3 \pm 8,4$ años) es mayor ($p < 0,001$) que en los varones ($77,2 \pm 8,5$ años). Entre los muy ancianos la edad no presenta diferencias por género. El número medio de patologías crónicas por persona es mayor en las mujeres que en los varones ($6,9 \pm 4,4$ vs $6,1 \pm 4,5$, $p=0,013$) y aparece una correlación positiva 0,253 ($p < 0,01$) entre la edad y el número de patologías crónicas. Las cuatro patologías crónicas más frecuentes son HTA 61,1%, depresión 24,6%, artrosis 24,3% y diabetes 18,7%. En los muy ancianos permanece la HTA 69,1%, aparece la demencia con un 29,5%, seguida de la depresión con 29,2% y la diabetes con 20,8%. Por sexos, las mujeres padecen más HTA (67,8%), depresión (35,2%), artrosis (29,6%) y diabetes (21%), mientras que en los varones las cronicidades más prevalentes son HTA (54,7%), artrosis (19,2%), cardiopatía isquémica (17,0%) y diabetes (16,5%).

Conclusiones: En la población anciana analizada la multimorbilidad es muy frecuente; dos tercios padecen 3 o más enfermedades