PC-189

Equipo de soporte integral a la complejidad (ESIC), un nuevo modelo de atención al paciente frágil o con riesgo de descompensación

P.A. Peña Gonzalez, F. Solis Ovando, S. Casas Rodriguez, S. Lara Sanmartin, B. Beltran Bartes, L. Brotons Borrel

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

Objetivos:

- Mejorar la asistencia al paciente crónico/frágil, mediante la coordinación directa entre atención primaria (AP) y la atención hospitalaria.
- Realizar una valoración geriátrica integral (VGI) del paciente.
- Ofrecer asistencia de alta resolución coordinando necesidades diagnostico-terapéuticas, reduciendo el número de desplazamientos del paciente.
- Reducir el número de visitas a urgencias, ingresos o tiempo de estancia media en una unidad de hospitalización convencional (UH) y la severidad de las complicaciones.
- Mejorar la calidad de vida y preservar la capacidad funcional de los pacientes frágiles.

Descripción: Equipo multidisciplinar: internistas, geriatras, gestora de casos (GC), enfermería, trabajo social y dietista.

Horario: lunes a viernes de 8 a 20 p.m.

Área de referencia: 16 equipos de AP.

Durante el segundo semestre de 2017 se han valorado 466 pacientes con edad media de 84,8 años; 34% identificados como crónicos complejos; el género femenino fue más prevalente (63,3%). El 59,3% proceden de AP, el 16% de urgencias, el 14,1% del control de altas hospitalarias y el 10,6% de consultas externas/hospital de día.

Motivos de derivación: descompensación de patología crónica (40,4%), deterioro cognitivo (5,7%), pérdida funcional/peso (13,7%), anemia (9,8%), otros. El 30,6% de los pacientes se visitaron el mismo día de derivación evitando su paso por urgencias.

Se realizaron un total de 1.136 visitas médicas, 657 tratamientos y procesos de enfermería: 167 VGI, 169 valoraciones nutricionales, 115 valoraciones/gestiones sociales y 14 conciliaciones terapéuticas por farmacia. Promedio de visitas/paciente: 3,14. Promedio mensual de visitas: 367,3. El 4,5% requirió ingreso en UH y el 0,6% en hospitalización domiciliaria. Se realizó coordinación con AP al alta en el 100% de los casos.

Conclusiones:

- La mayoría de los pacientes valorados en ESIC proceden de AP.
- En un 30,6% se evitó el paso por urgencias convencionales.
- El incremento de las derivaciones mensuales realizadas por AP hace pensar que la intervención de nuestro servicio les resulta útil.
- Dado que ESIC es un servicio de reciente creación, sería conveniente analizar con mayor profundidad los resultados conseguidos sobre su utilidad en la reducción de ingresos hospitalarios, visitas a urgencias, y evaluar la percepción de la calidad de vida y la satisfacción de los pacientes.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.335

PC-190

Retirada de sujeciones: caso clínico

T.I. Usieto Piedrafita, J. Rodríguez García, M. Pérez Fernández

Centro sociosanitario El Pino, Las Palmas de Gran Canaria, España

Objetivo: Contribuir a mejorar la calidad de vida mediante el uso racional y seguro de psicofármacos y sujeciones físicas a propósito de un caso.

Método: Revisión de historia clínica, diagnósticos, síntomas y tratamiento farmacológico actual en un residente con deterioro cognitivo institucionalizado. Revisión de historia de sus actuales sujeciones físicas.

Resultados: Se pueden eliminar o reducir dosis de psicofármaco tras estudio y registro de alteraciones conductuales.

Se pueden eliminar sujeciones físicas tras observación y registro de comportamientos y elaborar un buen plan de cuidados adecuado.

Conclusiones: La prescripción de psicofármacos ha de basarse en un diagnóstico médico y debe tener en cuenta el balance coste/beneficio. Las prescripciones deben ser revisadas periódicamente.

Las sujeciones físicas no tienen ningún fin terapéutico, sino que en general responden a lo comúnmente denominado «conveniencia organizativa».

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.336

PC-191

Incidencia de mortalidad a los 3 y 12 meses posfractura de fémur y factores relacionados en pacientes de una unidad de convalecencia

C.M. Béjar, R. Dorantes, P. Mercadal, E. Carballido, M. Montoya, M. Anguera, M.D. Villegas

Parc de Salut Mar, Barcelona, España

Estimar incidencia en mortalidad a los 3 y 12 meses e identificar los factores relacionados posfractura de fémur.

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, observacional que incluyó pacientes ingresados en convalecencia en periodo comprendido entre enero de 2014 y noviembre de 2017. Variables registradas: edad, sexo, estado cognitivo prefractura (existencia de demencia y GDS), hipoalbuminemia al ingreso (albúmina < 3,5), polifarmacia, comorbilidades (Charlson), si eran pacientes crónicos complejos (PCC/MACA), estado funcional al ingreso (BI), estado funcional al alta (BA), tipo de fractura (subcapital, pertrocantérea o cervical), tipo de intervención quirúrgica (IQx): artroplastia total (AT), hemiartroplastia (HA), clavo endomedular (CE), DHS, tornillos canulados (TC); espera quirúrgica (horas), estancia hospital (días), estancia sociosanitaria; aparición de delirium, anemia aguda, infección urinaria (ITU) o respiratoria (IRVB); descompensación de enfermedades de base (DEB); caídas durante el ingreso; destino al alta (hospital de agudos [HA], larga estancia [ULE], domicilio, residencia), y la mortalidad a los 3 y 12 meses (M3m y M12m, respectivamente).

Analizamos 93 pacientes: < 80: 15; > 80-89: 55; > 90: 23. Del total, hubo mortalidad en 35 (37,63%), de los cuales 17 (18,27%) fueron M3m y 18 (19,35%) M12m.

El análisis bivariado entre los 17 pacientes sin M3m vs con M3m mostró diferencias significativas en Charlson < 3: 54 (71,05%) vs 5 (29,41%) y $\geq$ 3: 22 (28,95%) vs 12 (70,59%) respectivamente (p = 0,001); PCC/MACA 6 (35,29%) vs 11 (64,71%) respectivamente