

OS-017

Reto ante el nuevo perfil de pacientes mayores hospitalizados: ¿qué intervención social necesitan?

M.A. Valle Martín^a, A.M. Fernández Rodríguez^a, C. Ferrer Arnedo^a, P. Muñoz Angelina^b, M.V. Ramón López^b, B. Castro García^b

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

^b Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

Introducción: El HCCR pertenece a la red de hospitales de apoyo del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). En septiembre de 2016 se implantan unas camas de media estancia para pacientes que requieren cuidados continuos con rehabilitación en el medio hospitalario, gestionadas por la Unidad Central de la Ordenación Asistencial (UCOA).

Objetivo: Conocer la necesidad de intervención de la Unidad de Trabajo Social (UTS) del Hospital en los pacientes derivados por la UCOA y hospitalizados en unidad de agudos (UGA).

Método: Estudio retrospectivo, cuantitativo y análisis a través de la historia clínica social. La muestra a estudio es de 239 pacientes ingresados en el HCCR, en las Unidades de UCOA y UGA, periodo comprendido entre el 1 octubre y el 31 diciembre del 2017.

Las variables más destacadas a estudio: Barthel, apoyos formales e informales.

Resultados: UCOA (n=54). Edad media: 83,37 años; 59,26% mujeres. Estancia media: 35,15 días. Causa principal del ingreso: ictus (48,15%). Barthel medio previo 86, ingreso 39, alta 56. Ubicación previa al ingreso 100% domicilio; al alta, 48,15% domicilio, 37,04% residencia, 11,11% otros hospitales, 3,70% fallecimiento.

Intervención social en el 100% de los pacientes. Con apoyo formal previo 46,30%, reconocida situación de dependencia 18,52%. Tramitación media de 2,83 recursos por paciente.

UGA (n=185). Edad media: 88,83 años; 70,81% mujeres. Estancia media: 9,86 días. Causa principal ingreso: infección respiratoria (54,05%). Barthel medio previo 50, ingreso 48, alta 47. Ubicación previa al ingreso 54,06% domicilio, 45,94% residencia; al alta, 44,87% domicilio, 42,16% residencia, 2,16% otros hospitales, 10,81% fallecimiento.

Intervención social en el 79,46% de los pacientes. Con apoyo formal previo 75,13%, reconocida situación de dependencia 56,21%. Tramitación media de 0,74 recursos por paciente.

Conclusión: El 100% de los pacientes de UCOA han requerido intervención social debido a su pérdida de funcionalidad (Barthel previo 86, al alta 56). Este cambio brusco implica un grado de dependencia en el paciente que hace más complejo el retorno a su entorno social.

Los pacientes de UGA han requerido intervención social en un 79,46%, dado que su grado de dependencia suele establecerse de forma progresiva (Barthel previo 50, al alta 47).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.137>

OS-018

Solución computacional para la detección del DCL y del DCL temprano basada en el aprendizaje automático

C.P. Suárez-Araujo^a, Y. Cabrera-León^b, C. Fernández-Viadero^c, N. Rodríguez-Espinosa^d, P. García Báez^e

^a Instituto Universitario de Ciencias y Tecnologías Cibernéticas, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España

^b Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España

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

^d Unidad de Neurología de la Conducta y Memoria, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España

^e Departamento de Ingeniería Informática y de Sistemas, Universidad de la Laguna, San Cristóbal de la Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España

Objetivos: La identificación precoz de los sujetos con deterioro cognitivo leve (DCL) puede potenciar la eficacia de las estrategias terapéuticas. Se ha propuesto el DCL temprano (DCLte) como una categoría que identifica sujetos con DCL en fase inicial. El reconocimiento de este grupo es complejo en la práctica clínica. Los métodos de *data mining* y aprendizaje automático (AA) tienen la capacidad de modelar y extraer conocimiento de datos multidimensionales y pueden ser de ayuda al diagnóstico clínico. Hemos explorado la capacidad de estos métodos para identificar sujetos con DCL frente a controles normales (CN), y sujetos con DCLte frente a DCL tardío (DCLta) y CN utilizando datos de test cognitivos de uso común. También se ha evaluado si incluir una medida morfométrica, como el volumen del hipocampo (VH), contribuye a la precisión diagnóstica.

Método: Sujetos con criterios de DCLte, DCLta y CN del repositorio *Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative* (ADNI). Como variables se incluyeron el *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), el Cuestionario de Actividad Funcional de Pfeffer (FAQ) y el inventario neuropsiquiátrico (NPI), el VH, obtenido mediante imagen por resonancia magnética (IRM), la edad y los años de educación. Seleccionados 462 sujetos: 166 CN y 296 DCL (159 DCLte y 137 DCLta). Mediante *Waikato Environment for Knowledge Analysis* (WEKA), plataforma de *data mining*, se analizaron distintos esquemas de AA, usando validación cruzada y balanceo de datos. La eficacia de la solución óptima fue evaluada con el área bajo la curva ROC (AUC).

Resultados: Los mejores resultados han sido con mezcla de clasificadores. El mejor para el problema biclase, CN-DCL, fue un *Random Committee*, con AUC=0,906 sin incluir VH, y AUC=0,910 al incluirlo. Con las tres categorías, CN-DCLte-DCLta, fue un *Bagging de Logistics*, con AUC=0,779 sin utilizar VH, y AUC=0,79 en caso contrario.

Conclusiones: Los sistemas de ayuda al diagnóstico basados en AA son eficaces para la identificación de sujetos con DCL a partir de los datos de las escalas clínicas. El reconocimiento del DCLte es un problema complejo que posiblemente precise de escalas cognitivas más sensibles. La adición de la medida del hipocampo no mejora sustancialmente el rendimiento diagnóstico, por lo que posiblemente la IRM no sea una prueba apropiada en un entorno clínico generalista.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.138>