

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 diagnóstico-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, pertrocanterea 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 ≥ 3 : 22 (28,95%) vs 12 (70,59%) respectivamente ($p=0,001$); PCC/MACA 6 (35,29%) vs 11 (64,71%) respectivamente

($p=0,004$); tenían anemia 5 (29,41%) vs 12 (70,59%) ($p=0,043$); sin IVRB 64 (84,21%) vs 12 (15,79%) ($p=0,001$); con DEB 9 (11,84%) vs 12 (70,59%) ($p=0,000$); BA <40: 37 (48,68%) vs 15 (88,24%), y $\geq 41-100$: 39 (51,32%) vs 2 (11,76%) ($p=0,003$) respectivamente.

En el análisis entre los pacientes sin M12m vs con M12m se encontraron diferencias significativas respecto a Charlson ≥ 3 y <3: 16 (27,12%) vs 18 (52,94%) y 43 (72,88%) vs 16 (47,06%) respectivamente ($p=0,013$); PCC/MACA 13 (22,03%) vs 19 (55,88%) respectivamente ($p=0,001$); con DEB 8 (13,56%) vs 13 (38,24%) ($p=0,006$), y en BA <40: 27 (45,76%) vs 25 (73,53%) y $\geq 41-100$: 32 (54,24%) vs 9 (26,47%) ($p=0,009$) respectivamente.

La fractura de fémur asocia elevada mortalidad postoperatoria y durante el primer año. La mortalidad a los 3 meses y al año se relaciona a peor estado funcional al alta y elevada comorbilidad con facilidad de descompensación. Solo en los primeros 3 meses también se ve la asociación de mortalidad con anemia aguda y sobreinfección respiratoria. Se han de extremar las medidas de prevención de factores de riesgo para complicaciones asociadas con la fractura y posible mortalidad.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.337>

PC-192

Características diferenciales entre pacientes menores de 80 años, octogenarios y nonagenarios con fractura de fémur

R. Dorantes^a, M. Montoya^b, E. Carballido^b, M.D. Villegas^b, C. Béjar^b, P. Mercadal^b

^a Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

^b Parc de Salut Mar, Barcelona, España



Objetivo del estudio: Describir las características de los pacientes con fractura de cadera en una unidad de convalecencia.

Método: Estudio descriptivo y retrospectivo. Pacientes con fractura de cadera ingresados en una unidad de convalecencia de enero de 2014 a noviembre de 2017. Los 93 pacientes se dividieron en 3 grupos: grupo 1 (G1) <79 años, grupo 2 (G2) $\geq 80-89$ y grupo 3 (G3) ≥ 90 . Se analizó: sexo, estado cognitivo prefractura (existencia de demencia y GDS), hipoalbuminemia, polifarmacia, Charlson, si son crónicos complejos (PCC/MACA), estado funcional al ingreso (BI), estado funcional al alta (BA), tipo de fractura (subcapital, pertrocanterea, cervical), tipo de intervención quirúrgica (artroplastia total, hemiartroplastia, clavo endomedular, DHS, tornillos canulados); tiempo de espera quirúrgica (en horas), estancia hospital, estancia sociosanitaria; aparición de delirium, anemia, infección de orina o respiratoria, descompensación de enfermedades de base, caídas durante el ingreso, mortalidad intrahospitalaria, a los 3 meses y a los 12 meses, destino al alta (hospital de agudos [HA], larga estancia [ULE], domicilio, residencia).

Resultados: Por análisis bivariado solo se encontraron diferencias significativas a nivel Barthel, albúmina y sexo. BI >41-100 (G1 7 [47%], G2 11 [20%], G3 2 [9%]) y BI <40 (G1 8 [53%], G2 44 [80%], G3 21 [91,30%]) ($p=0,019$); BA >41-100 (G1 10 [67%], G2 25 [46%], G3 6 [26%]) y BA <40 (G1 5 [33%], G2 30 [55%], G3 17 [74%]) ($p=0,046$). Albúmina rango 0-3,4 (G1 6 [40%], G2 38 [69%], G3 22 [96%]) y rango >3,5 (G1 9 [60%], G2 17 [31%], G3 1 [4,35%]) ($p=0,001$). Sexo femenino (G1 7 [47%], G2 42 [76%], G3 21 [91%]); sexo masculino (G1 8 [53%], G2 13 [24%], G3 21 [91,3%]) ($p=0,007$).

Conclusiones: A menor edad mejor Barthel, en todos los grupos hay una mejoría del Barthel al alta de la unidad, la hipoalbuminemia se observa con mayor frecuencia en nonagenarias, hay más hombres <79 años pero más mujeres >80 años; en el resto de las variables no hay diferencias significativas, por lo que la edad podría

no estar relacionada como factor de riesgo con la variables analizadas. El sesgo puede existir por el tamaño de la muestra, que es pequeño. Sería bueno realizar análisis multivariado para analizar más relaciones entre variables y poder valorar pronóstico en este tipo de pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.338>

PC-193

Características diferenciales entre los pacientes con fractura de cadera según grupo etario en una unidad de convalecencia

M. Montoya, C.M. Béjar, R. Dorantes, P. Mercadal, T. Abellán, E. García, E. Carballido

Parc de Salut Mar, Barcelona, España



Describir las características diferenciales entre pacientes <80 años, octogenarios y nonagenarios que sufren fractura de fémur.

Estudio de prevalencia descriptivo de pacientes con fractura de cadera enviados a una unidad de convalecencia en el periodo entre enero de 2014 y noviembre de 2017. Se obtuvo una muestra de 93 pacientes; se dividió en 3 grupos etarios: grupo 1 (G1) <79 años, grupo 2 (G2) $\geq 80-89$, grupo 3 (G3) ≥ 90 . Variables: sexo, estado cognitivo prefractura (GDS), hipoalbuminemia, polifarmacia, comorbilidades (Charlson), crónicos complejos (PCC/MACA), Barthel ingreso (BI), Barthel alta (BA), tipo de fractura (subcapital, pertrocanterea, cervical), tipo de tratamiento (artroplastia total, hemiartroplastia, clavo endomedular, DHS, tornillos canulados [TC]); tiempo de espera quirúrgica (en horas), estancia hospital, estancia sociosanitaria; delirium, anemia, infección urinaria o respiratoria, descompensación de enfermedad de base, caídas, mortalidad a 3 meses y a 12 meses. Destaca: mujeres G1: 7 (47%), G2: 42 (76%), G3: 21 (91%); estado cognitivo prefractura GDS6-7: G1: 2 (13%), G2: 15 (27%), G3: 8 (35%); GDS4-5: G1: 7 (47%), G2: 21 (38%), G3: 10 (43%); hipoalbuminemia: G1: 6 (40%), G2: 38 (69%), G3: 22 (96%); polifarmacia: G1: 14 (93%), G2: 52 (95%) y G3: 20 (87%); Charlson >3, G1: 4 (26%), G2: 24 (44%), G3: 6 (26%); PCC/MACA G1: 2 (13%), G2: 21 (38%), G3: 9 (39%); BI >41-100, G: 7 (47%), G2: 11 (20%), G3: 2 (9%); BI <40, G1: 8 (53%), G2: 44 (80%), G3: 21 (91,30%) y BA >41-100, G1: 10 (67%), G2: 25 (46%), G3: 6 (26%) y BA <40, G1: 5 (33%), G2: 30 (55%), G3: 17 (74%); fractura subcapital, G1: 6 (40%), G2: 27 (49%), G3: 11 (48%), pertrocanterea, G1: 9 (60%), G2: 25 (46%), G3: 11 (48%) y cervical, G1: 0, G2: 3 (5%), G3: 1 (4%). Tratamiento: artroplastia, G1: 5 (33%), G2: 17 (30%), G3: 6 (26%), hemiartroplastia, G1: 1 (7%), G2: 13 (24%), G3: 5 (22%), clavo G1: 4 (27%), G2: 12 (21%), G3: 7 (30%); DHS, G1: 4 (27%), G2: 13 (24%), G3: 5 (22%); TC, G1: 1 (7%), G2: 0 (0%), G3: 0 (0%); tiempo/espera qx <24 h, G1: 8 (53%), G2: 22 (40%), G3: 13 (57%), estancia hospital <10, G1: 5 (33%), G2: 15 (27%), G3: 9 (39%); estancia sociosanitaria <45, G1: 10 (66%), G2: 33 (60%), G3: 17 (74%), delirium, G1: 7 (46%), G2: 39 (71%), G3: 18 (79%); ITU, G1: 3 (20%), G2: 22 (40%), G3: 13 (56%); IVRB, G1: 1 (7%), G2: 15 (28%), G3: 5 (22%); DescEB, G1: 2 (13%), G2: 14 (26%), G3: 5 (22%); caídas, G1: 1 (7%), G2: 6 (11%), G3: 0 (0%). Mortalidad 3 meses, G1: 1 (7%), G2: 10 (18%), G3: 6 (26%); mortalidad 12 meses, G1: 4 (27%), G2: 19 (35%), G3: 11 (48%).

Hay mayor prevalencia del sexo femenino en octogenarios y nonagenarios y más prevalencia masculina en <80 años. Mayor dependencia funcional a mayor edad, así como mayor prevalencia de hipoalbuminemia. Delirium, anemia, ITU, IVRB, descompensación de enfermedad de base son más frecuentes en octogenarios y nonagenarios, más días de estancia hospitalaria; en convalecencia es similar entre los tres grupos. En los tres se observa mejora funcional al alta. Fractura más frecuente: subcapital y pertrocanterea;