Rev Clin Esp. 2013;213(Espec Congr):350

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

EA-41. - RETRASO DEL ALTA HOSPITALARIA EN PACIENTES REMITIDOS DESDE un HOSPITAL DE AGUDOS

A. Gil Díaz, R. Estévez Domínguez, J. Gil Reyes, R. Daryanani Daryanani

Servicio de Medicina Interna. Clínica de San Roque, S.A. Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Objetivos: Evaluar las características de los pacientes remitidos desde un hospital de agudos a un centro concertado. Valorar los motivos de demora del alta hospitalaria.

Métodos: Se recogieron de forma retrospectiva una muestra de 106 pacientes que ingresaron en 2012 en nuestro hospital, procedentes del Servicio Canario de Salud. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, servicio de procedencia, motivo del traslado, diagnóstico principal, comorbilidades, tratamiento crónico del paciente, capacidad funcional medida mediante la escala de la Cruz Roja, problemas sociales, estancia media y destino al alta. Los resultados se analizaron mediante el programa SPSS 15.0. Las variables continuas se categorizaron según sus cuartiles. Se analizó la asociación entre las diferentes variables mediante el test chi cuadrado.

Resultados: Los 106 pacientes derivados a nuestro hospital presentaban una edad media de 78,5 años (DT 12,6, rango 41-99 años), siendo mujeres el 53,8% de los casos (edad media 80,5 años, DT 11,1) y varones el 46,2% de los casos (edad media 76,2 años, DT 13,8). El servicio de procedencia se distribuyó de la siguiente forma: Urgencias 57,5%, Neurología 9,4%, Medicina Interna 7,5%, Neurocirugía 7,5%, Traumatología 5,7%, U. de Cuidados Paliativos 4,7%, Cirugía General 2,8%, otro Centro concertado 2,8%, Unidad de Infecciosas 0,9% y Oncología Radioterápica 0,9%. El motivo de traslado a nuestro centro fue tratamiento agudo en el 59,4% de los casos, rehabilitación en el 33% y necesidad de curas/cuidados de enfermería en el 7,5%. Los diagnósticos principales más frecuentes al ingreso fueron: neumonía 20,8%, ictus cerebral agudo 13,2%, neoplasia avanzada 8,5%, bronquitis aguda 7,5%, infección urinaria 6,6%, insuficiencia cardíaca descompensada 6,6%, hematoma subdural intervenido 5,7%, fracaso renal agudo 3,8%, EPOC agudizado 3,8%, fractura de cadera 3,8% e infección de UPP 2,8%. Las comorbilidades más destacadas fueron: HTA 67%, DM-2 35,8%, dislipemia 29,2%, fibrilación auricular 25,5%, anemia 25,5%, enfermedad cerebrovascular 17,9%, EPOC 17% y enfermedad coronaria 13,2%. El 50% de los pacientes presentaba deterioro cognitivo. El número medio de fármacos tomados de forma crónica fue de 6,9 (DT 3,4, rango 0-14). La capacidad funcional media de la Cruz Roja al ingreso fue 4,3 (DT 1,2) y al alta 3,7 (DT 1,5). La estancia media hospitalaria fue de 86,6 días (DT 95, rango 1-301). El 31,4% de la muestra tenía problemas sociales. Al alta, volvieron al domicilio el 39,6% de los pacientes, se desviaron a residencias de crónicos el 31,2% y fueron exitus el 29,2% de los casos. No se observó asociación entre los días de estancia y mayor edad, ni con el sexo, ni la comorbilidad de Charlson, ni con la escala de la Cruz Roja al ingreso, ni con la presencia de deterioro cognitivo, ni con UPP, ni con la polifarmacia (> 5 fármacos). Se objetivó asociación entre la estancia hospitalaria (> 26 días) y la presencia de distocia social (p 0,0001, RR 2,2 (IC 1,5-3,1)), con el motivo de traslado para rehabilitación (p 0,0001, RR 2,1 (IC 1,5-3)), con la aparición de infección

nosocomial (p 0,0001, RR 3,5 (IC 2,1-5,7)) y con el destino a residencia de crónicos (p 0,0001, RR 2,4 (IC 1,7-3,2)).

Discusión: Se observa edad elevada y alta comorbilidad en los pacientes derivados desde los hospitales de agudos, así como alto grado de dependencia funcional y deterioro cognitivo. Los motivos principales para no irse de alta son la carencia de familiares o incapacidad de los mismos para el cuidado del enfermo, por lo que tras un ingreso prolongado acaban derivándose a residencias de pacientes crónicos. La demora del alta repercute en la aparición de infecciones nosocomiales.

Conclusiones: Las altas diferidas en los pacientes crónicos por motivos no médicos son frecuentes y están motivadas principalmente por dificultades sociofamiliares para hacerse cargo de los pacientes. Las políticas sociosanitarias deben mejorar para atender la demanda de esta población dependiente, en aumento en nuestra sociedad.

0014-2565 / © 2013, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.