Rev Clin Esp. 2016;216(Espec Congr):189

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

EA-139 - ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE SALUD EN PACIENTES ANCIANOS ATENDIDOS POR MÉDICOS HOSPITALISTAS EN SERVICIOS QUIRÚRGICOS

A. Álvarez de Arcaya[1], M. Fuentes Ferrer[2], E. Sánchez Pérez[1], G. Seara Aguilar[3], P. Izquierdo Doyagüez[4], J. Mayol Martínez[4], J. Soto Bonel[4]

[1]UMH, [2]Medicina Preventiva, [3]Innovación, [4]Dirección. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Resumen

*Objetivos:*El incremento progresivo de la edad y de la complejidad ocasiona un cambio en la demanda y las necesidades de los pacientes. Es necesario desarrollar nuevas fórmulas organizativas basadas en modelos de atención compartida. La Unidad de Medicina Hospitalaria (UMH) del Hospital Clínico San Carlos se creó 2010 con el objetivo de prestar una asistencia integral al paciente. Implantó el modelo de co-responsabilidad en servicios quirúrgicos y orientó su gestión desde los procesos con acreditación de calidad según norma ISO 9001. Nuestros objetivos son analizar el perfil del paciente muy anciano, resultados de salud en este grupo poblacional (mortalidad, estancia y reingresos) y factores que puedan influir en estos resultados.

*Material y métodos:*Estudio retrospectivo del registro prospectivo de pacientes valorados por la UMH de enero 2013 a mayo 2016. Se definió el proceso de atención al paciente por el médico hospitalista. Variables: edad, sexo, diagnósticos, dependencia, deterioro cognitivo, destino al alta, estancias y reingresos. Se realizó un análisis múltiple de regresión logística.

*Resultados:*Fueron dados de alta 1.209 pacientes, 54,8% varones, 83% < 85 años, 17% > 85 años; 8,8% tenían Barthel < 60 y 12,4% entre 61-90; 13,6% deterioro cognitivo. Comorbilidad más frecuente: cardiovascular (37,1%), diabetes (27,5%), respiratoria (26%) y renal (20,7%). El 80,1% ingresados en cirugía digestiva. El diagnóstico quirúrgico más frecuente fue oncológico, principalmente cáncer colorrectal. La mediana de la estancia hospitalaria fue 11 días (RIC = 7-21). 83% altas a domicilio, 9,3% continuaron tratamiento en hospitalización a domicilio y 4,5% en centros de apoyo. La mortalidad fue 3,1%. Los reingresos a los 30 días fueron 10%, previsibles 8,6%, causa médica 3,7% y 6,5% quirúrgica. Los mayores de 85 años tuvieron mayor nº de comorbilidades/paciente (3 patologías: 23,8% vs 16,4%; 4 patologías: 11,7% vs 8,6%; 5 patologías: 4,9% vs 2,5%; p < 0,001), Barthel (< 20: 6,8% vs 1,8%; 21-60: 12,1% vs 5%; 61-90: 27,7% vs 9,3%; p = 0,00), y deterioro cognitivo (28,2% vs 10,6%, p = 0,00). Los procesos agudos más frecuentes fueron: infecciones (10,4%) principalmente neumonía e infección urinaria, insuficiencia cardiaca descompensada (6,9%) e insuficiencia renal aguda (4,6%). 1,4% tuvieron síndrome confusional agudo y desnutrición proteica. Su mediana de estancia fue 14 días (RIC = 8-23) vs 11 (RIC = 6-20), p = 0,0. Reingresos médicos 7,3% vs 3% (p = 0,003). Mortalidad 8,3% vs 2,1% (p = 0,00). En el análisis multivariante se encontró que la edad > 85, el número de comorbilidades y el sexo varón incrementaron el riesgo de reingreso médico con significación estadística (2,56 IC = 1,29-5,06; 1,26 IC = 0,99-1,62; 1,95 IC = 1,01-3,77) pero no el Barthel < 60 ni el deterioro cognitivo. No se

encontró asociación con reingreso quirúrgico. Todas las variables incrementaron el riesgo de prolongar la estancia excepto edad y deterioro cognitivo (nº comorbilidades 1,15 IC = 1,04-1,27; varón 1,52 IC = 1,20-1,93; Barthel 1,52 IC = 1,16-2,0), mientras que sólo la edad y el nº de comorbilidades incrementaron el riesgo de mortalidad con significación estadística (2,84 IC = 1,40-5,75; 1,35 IC = 1,03-1,77).

*Discusión:*Los pacientes de edad avanzada constituyen un grupo poblacional cada vez más numeroso que presenta una demanda de salud compleja y diferente al resto de la población. El análisis de resultados es una herramienta de gestión útil que permite establecer actuaciones médicas adaptadas a las necesidades de los pacientes. La evaluación de estos datos ayuda en la toma de decisiones y en el desarrollo de estrategias multidisciplinares para mejorar los resultados en beneficio de los pacientes.

*Conclusiones:*El manejo perioperatorio y el cuidado postalta debe centrarse en la comorbilidad de los pacientes además del proceso clínico que originó el ingreso.

0014-2565 / © 2016, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.