



# EXPERIÈNCIES ASSISTENCIALS EN ORTOGERIATRIA A CATALUNYA

UFISS DE GERIATRIA  
HOSPITAL DE SANTA MARIA

## LLEIDA

# UFISS DE GERIATRIA



- 2006 Servicio de Geriatria del Hospital de Santa María
- 2007 Intervención de rutina en COT

# UFISS-G



- EQUIPO MULTIDISCIPLINAR
  - **Médico:** un especialista en geriatría a jornada completa
  - **Diplomada en fisioterapia:** 1 jornada completa
  - **Administrativa:** Compartida con la UFISS de Urgencias
  - **UTS (Unidad de Trabajo Social):** a tiempo parcial (HUAV)
  - **(Diplomada en enfermería:** 1 jornada completa. HUAV) Diciembre 2008

# PROACTIVIDAD



- **TRAUMATOLOGIA**
  - Fractura de cadera
- NEUROLOGIA
- MEDICINA INTERNA

# GERIATRIA Y COT



## FRACTURA DE CADERA

La fractura de cadera es la segunda causa de discapacidad catastrófica o progresiva secundaria a la hospitalización, después del ictus.

## ORTOGERIATRIA



- 1.-EVIDENCIA CLINICA



British Orthopaedic Association

PATRON: H.R.H. THE PRINCE OF WALES



THE CARE OF PATIENTS WITH  
FRAGILITY FRACTURE

Published by the British Orthopaedic Association September 2007



## British Geriatrics Society

### Orthogeriatric Models of Care

*Compendium document 4.11 (reviewed November 2007)*

#### 1 Introduction

# Evidencia clínica



Guía de buena  
práctica clínica  
en Geriatría

ANCIANO AFECTO  
DE FRACTURA DE  
CADERA



## 2.-Implementación del conocimiento



- Explicar lo que queremos hacer
  - Enfermer@s
  - Traumatolog@s
- ¿Qué pacientes?
- ¿Cómo detectarlos?
- ¿Para qué?
- ¿Modelo?

# CRITERIOS DE INTERVENCIÓN EN TRAUMATOLOGÍA



- 1.- **Todos** los pacientes **mayores de 80 años** que ingresen con una fractura de cadera
- 2.- Pacientes **entre 75 y 80 años** con fractura de cadera. En función del **perfil** del paciente o la presencia de síndromes geriátricos se valorará de forma individual la necesidad de control por Geriátrica:
  - Demencia o delirium
  - Pluripatología y polifarmacia
  - Inmovilismo previo ( ej.: enf neurológicas como ACV o Parkinson... ) que puedan entorpecer el proceso de recuperación funcional
  - Procedencia de centros sociosanitarios o residencias o conocidos por el Servicio de Geriátrica de previos ingresos

# Cómo detectar a los pacientes



- Supervisora de enfermería de COT
- Enfermeras de planta de COT
- UFISS de Geriatria
  
- Historia Clínica informatizada SAP

# Intervenció



- VGI
- Control clínic pre y postoperatorio
- Control de las complicaciones y descompensación de patologías previas
- Movilización precoz
- Gestión del alta desde el inicio

# Objetivo



- Ser proactivos
  - Disminuir la estancia media
  - Reintegración del paciente a su medio habitual

# POR QUÉ SOMOS ÚTILES



- Vamos pronto
- Hacemos una valoración completa
- Seguimos al paciente y si es necesario nos quedamos con él
- Damos soluciones para el alta

Dr. Ribera Casado

I Jornadas de Ortogeriatría del Hospital de La Paz

# POR QUÉ SOMOS UTILES



- Disminuimos la estancia hospitalaria y mejoramos la recuperación funcional
- **AHORRAMOS DINERO**
- ES MAS BARATO HACER LAS COSAS BIEN QUE MAL



Una vez...

Y otra...

Y otra...

Y otra...

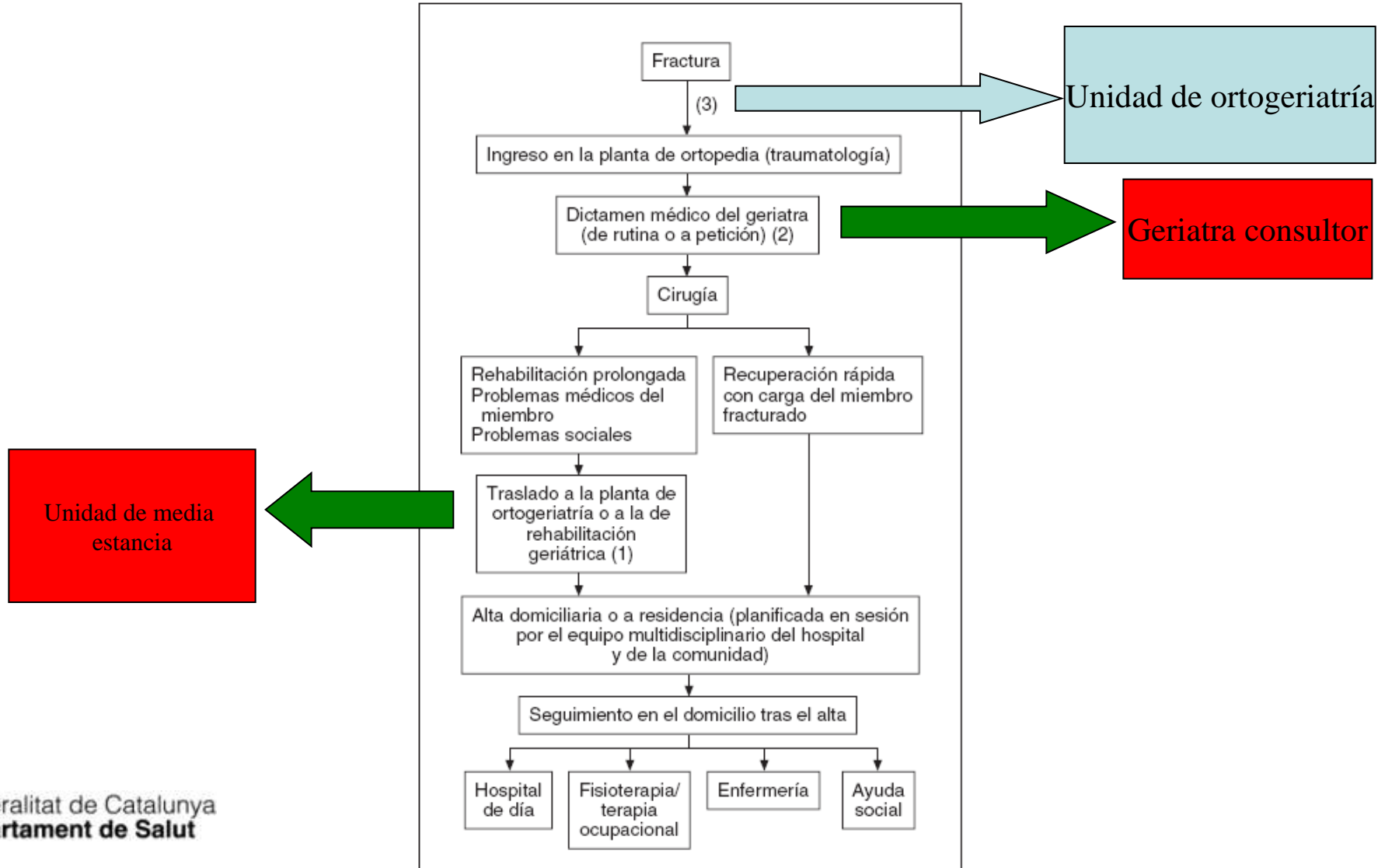
Y otra...

Y otra...

Y otra...



# Modelo



# Gestión del Alta



- Domicilio/ Residencia
  - Servicio de Rehabilitación: FST- Domiciliaria
  - PADES
  - CEX Geriatria
  - Hospital de Día

# Gestion del Alta



- Unitades de Media Estancia
  - Unitat Socisanitària de l'Hospital Santa Maria
  - Unitat de l'Hospital Jaume d'Urgell de Balaguer
  - Unitat de convalsència de l'Hospital Jaume Nadal SAR-Quoavitae (Lleida)

# Gestion del Alta



- Unitats de Larga Estancia
  - Hospital Jaume d'Urgell de Balaguer
  - Hospital Jaume Nadal SAR-Quoavitaie de Lleida
  - Hospital Psicogeriatric Terraferma d'Alpicat (Lleida) SAR-Quoavitaie

# Modelo



- Problemas
  - Personal
  - Interlocutores múltiples
  - Disponibilidad de camas para recuperación funcional
  - Problemas sociofamiliares

# MODELO



- Ingreso en COT → Intervención quirúrgica
- **Fase de postagudos**
  - Traslado a cargo de Geriatria
  - COT consultor con pase de visita reglados

CADA UNO ASUMA SU PARTE DE RESPONSABILIDAD

# DATOS ASISTENCIALES



%	2009	2010	2011
PACIENTES	396	421	382
EDAD MEDIA	85.5	85.99	86.18
EM	9	9.5	8.97

Sexo M 3-4: 1 H

# DATOS ASISTENCIALES(2011)



## • DESTINO AL ALTA

%	2009	2010	2011
DOMICILIO	41.92	37.31	38.48
RESIDENCIA	21.21	30.83	30.37
CONVALEC.	26.52	20.73	20.94
L. ESTANCIA	3.79	4.66	4.97
EXITUS	3.78	3.11	2.09
OTROS	2.78	3.37	3.14



# DATOS ASISTENCIALES



- ALTA A DOMICILIO

%	2009	2010	2011
DOMICILIO	59.04	56.25	63.27
FST-DOM	31.93	38.89	23.13
PADES	6.63	3.47	9.52
HDG/CEX	2.41	1.39	4.08



- **Edad**
  - <85 = 36%
  - >85 = 64%
- **Fractura**
  - Pertrocanterea: 66.09%
  - Subcapital: 33.01%
- **IB**
  - Previo: 67.225
  - Ingreso: 10.91
  - Alta: 34.15
- **Movilidad:**
  - Independiente: 33.5%
  - Dependencia limitada: 62.5%
  - No deambula: 4%
- **Comorbilidad**
  - Pat. Cardíaca: 34.5%
  - DM: 24.5%
  - ACV: 17%
  - EPOC: 14.5%
  - Neoplasia: 10.5%
- **Demencia:** 39%
- **Delirium:** 34.5%
- **Alta**
  - Domicilio → domiciliu: 59.58%

# FUTURO



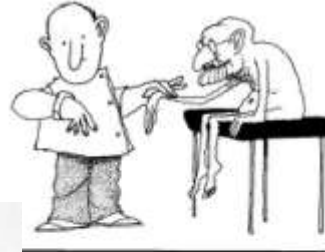
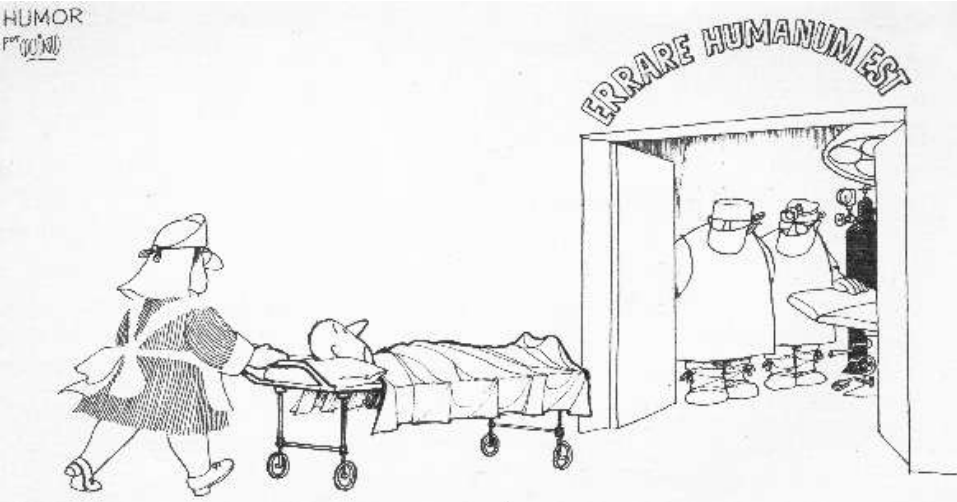
- **1.- Anciano con fractura de cadera**
  - VALORACION DE GERIATRIA
- **2.- Modelo asistencial**
  - LIMITAR LA VARIABILIDAD
  - **UNIDAD DE ORTOGERIATRIA DE AGUDOS**

# FUTURO



- **3.- Datos de actividad**
  - CORREGIR/MODIFICAR INTERVENCIÓN
  
- **4.- Continuidad asistencial**
  - PACIENTE adecuado en el sitio adecuado en el momento adecuado

# MUCHAS GRACIAS



**SIN NERVIOS NI HISTERISMOS:  
USTED ¿CUANTAS PIERNAS TENÍA  
CUANDO ENTRO EN EL QUIROFANO?**

**DOS**

**¡IMPOSIBLE!**

