



Experiències assistencials en ortogeriatria a Catalunya

**Pablo Alcalde
UFISS Ortogeriatria
Hospital General de Granollers**

**Jornada d'Ortogeriatria 2012
9 d'octubre de 2012
Departament de Salut**



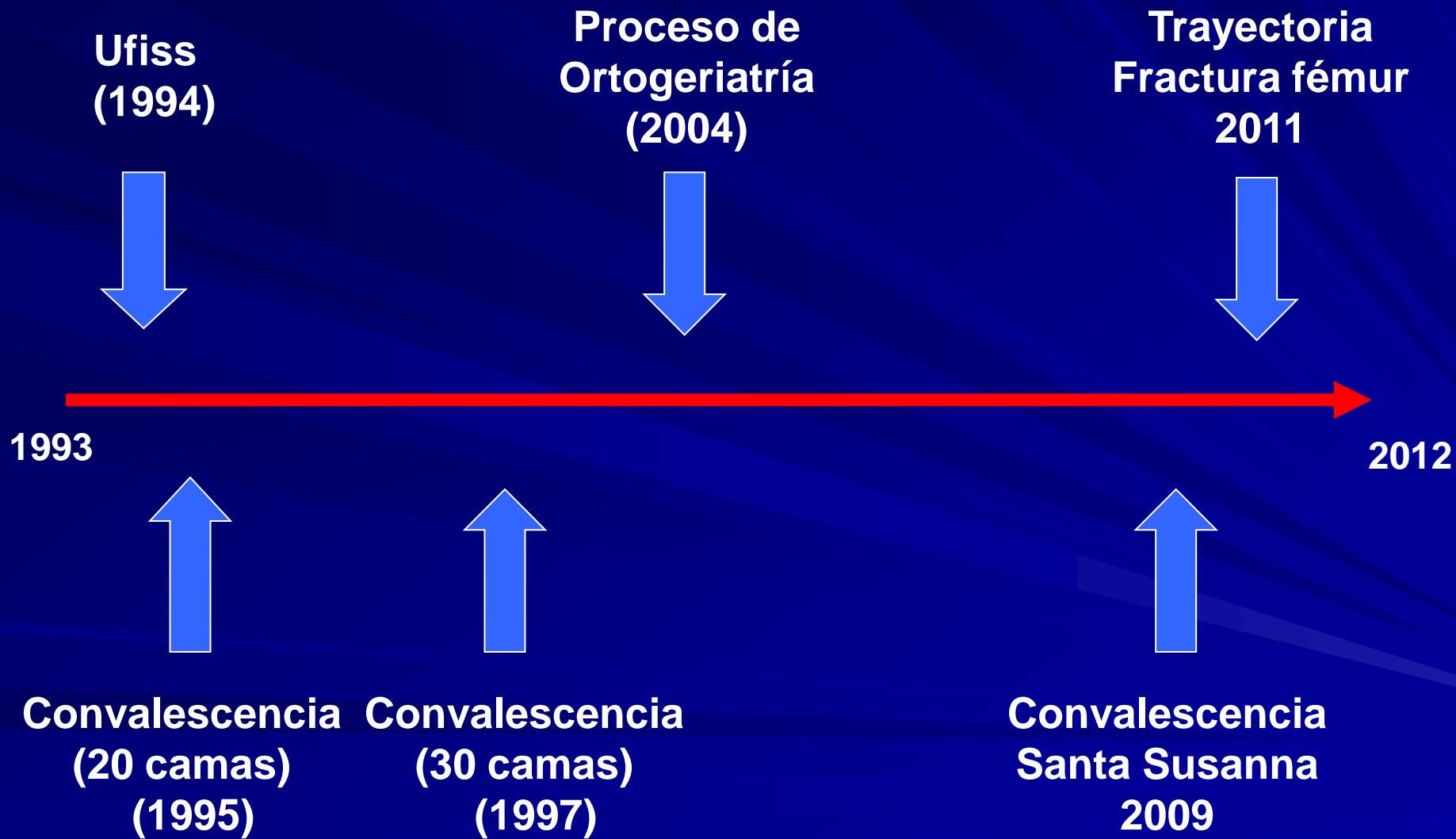
Sumari



- Introducció.
- Model organitzatiu.
- Resultats.
- Conclusions.

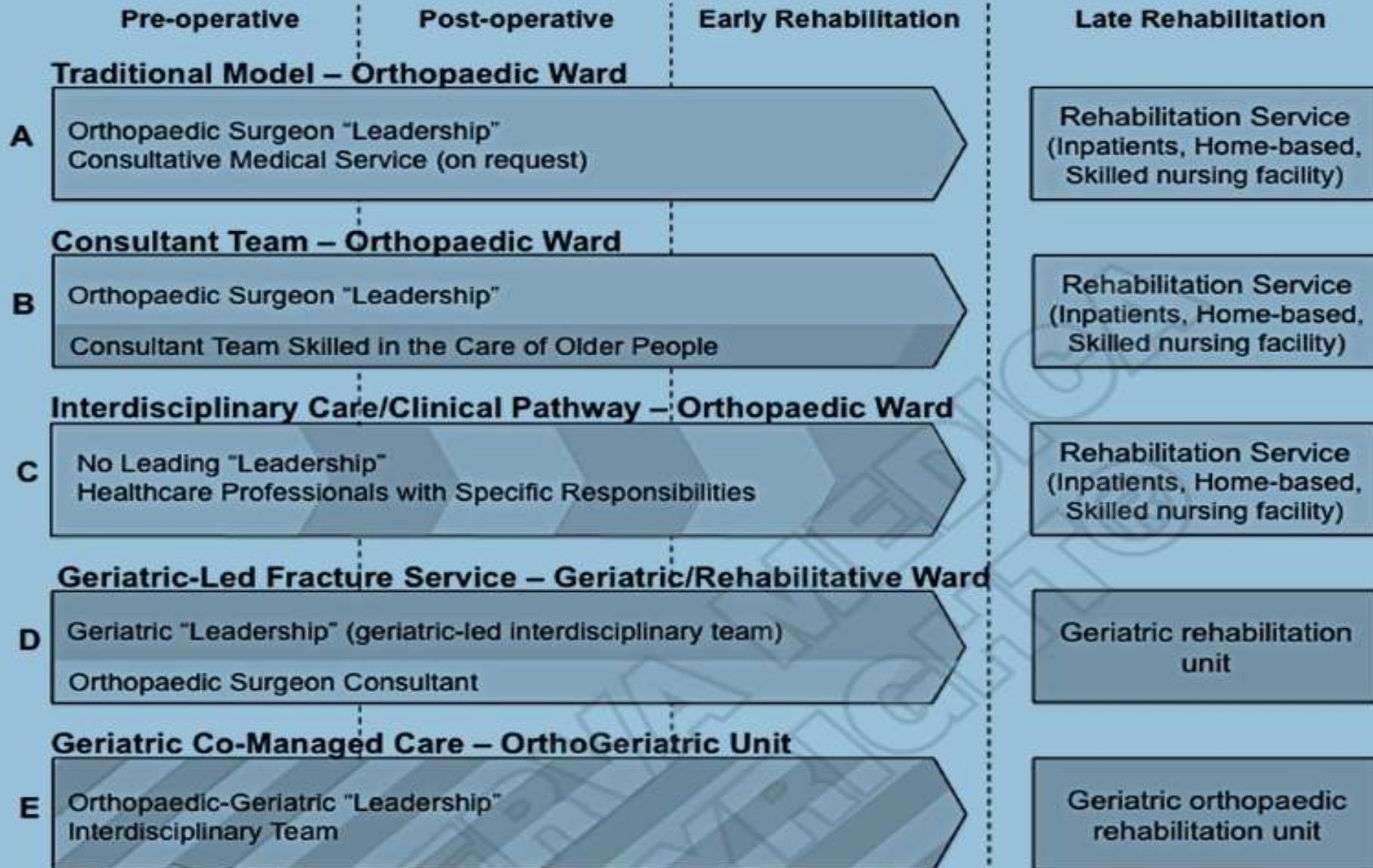


Historia



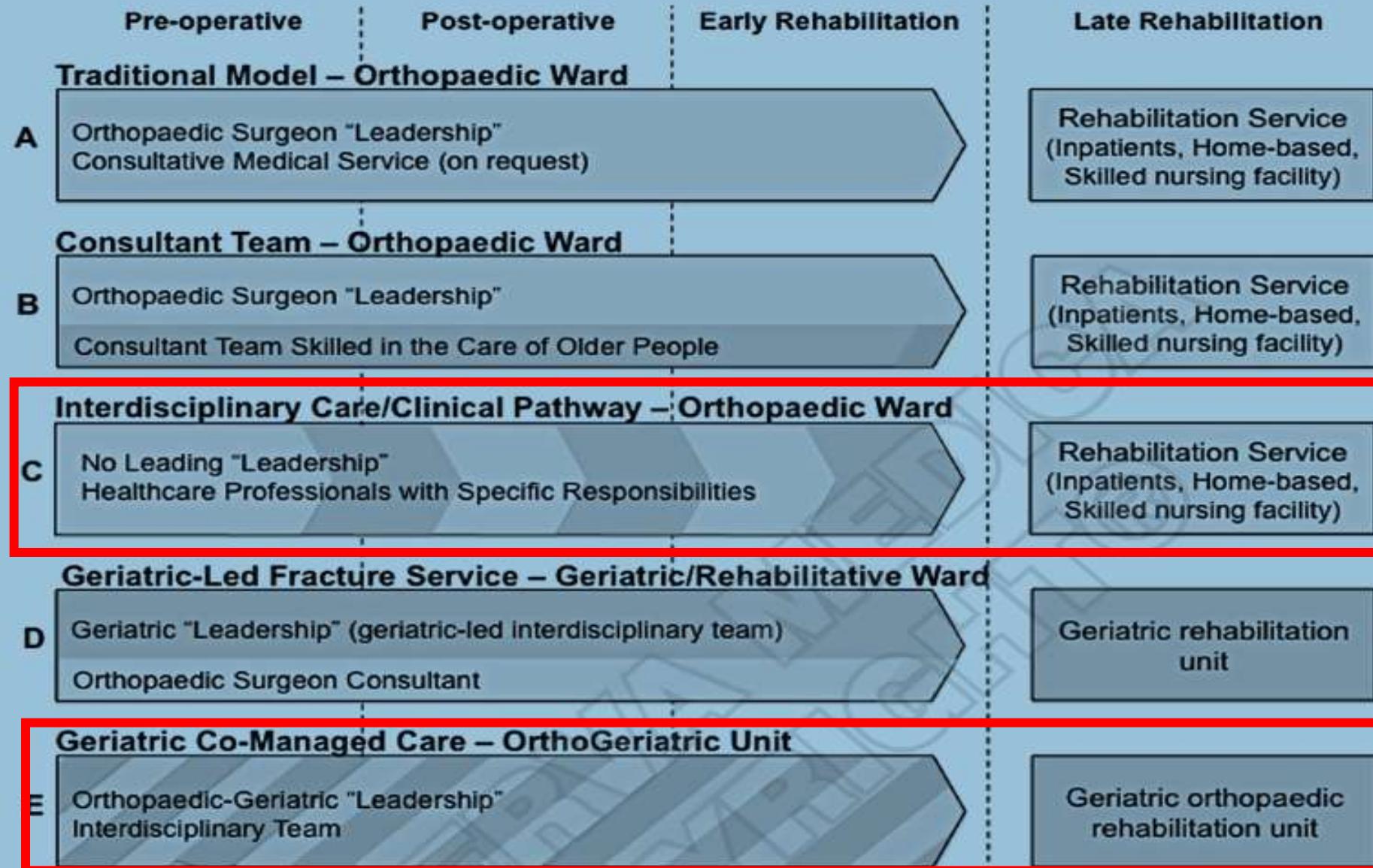


Modelos asistenciales





Modelos asistenciales





Continuo asistencial



Urgencias
Cirugía



Hospitalización
Manejo médico/quirúrgico

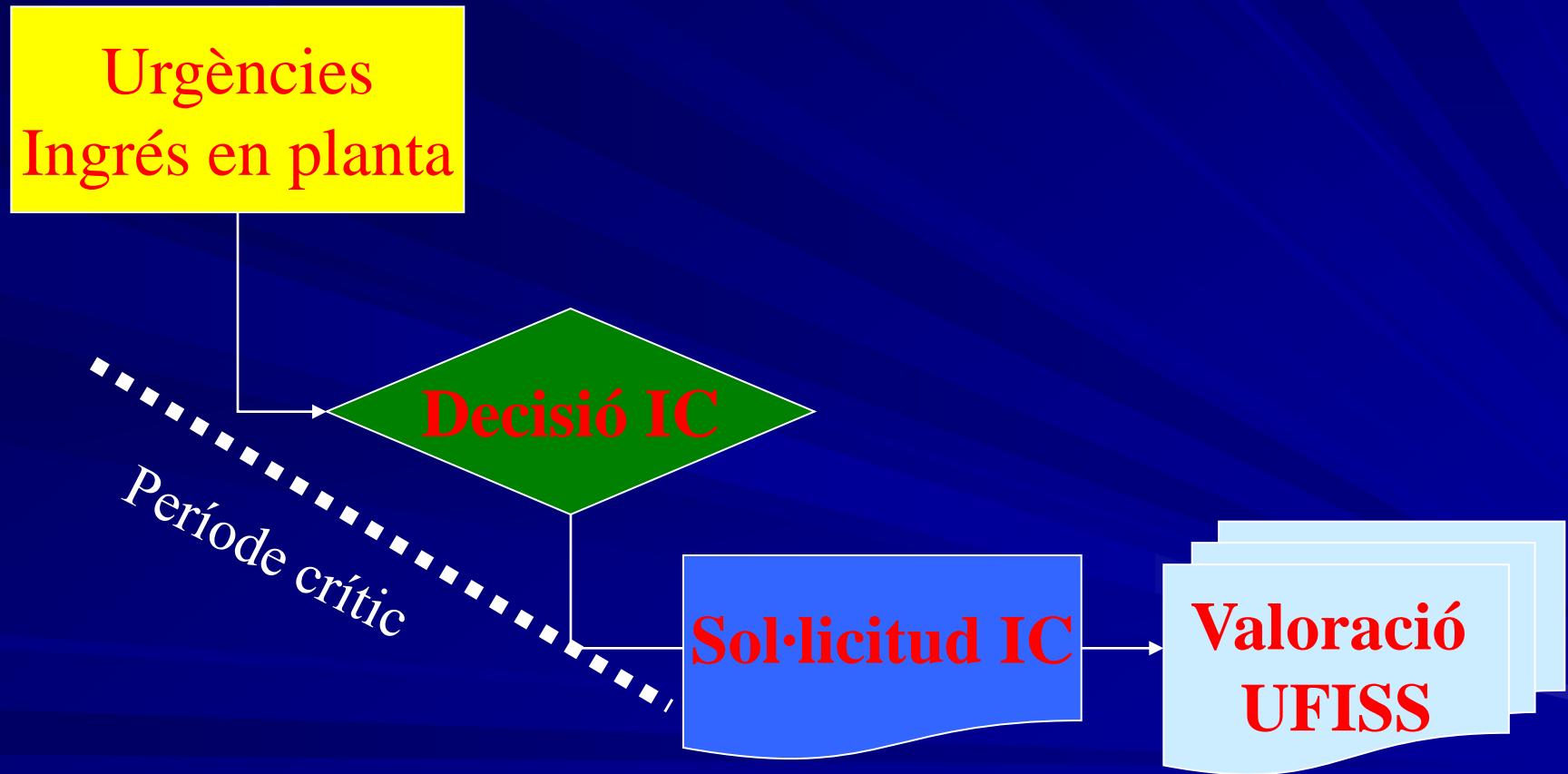


Rehabilitación
Profilaxis





CIRCUIT ACTUAL





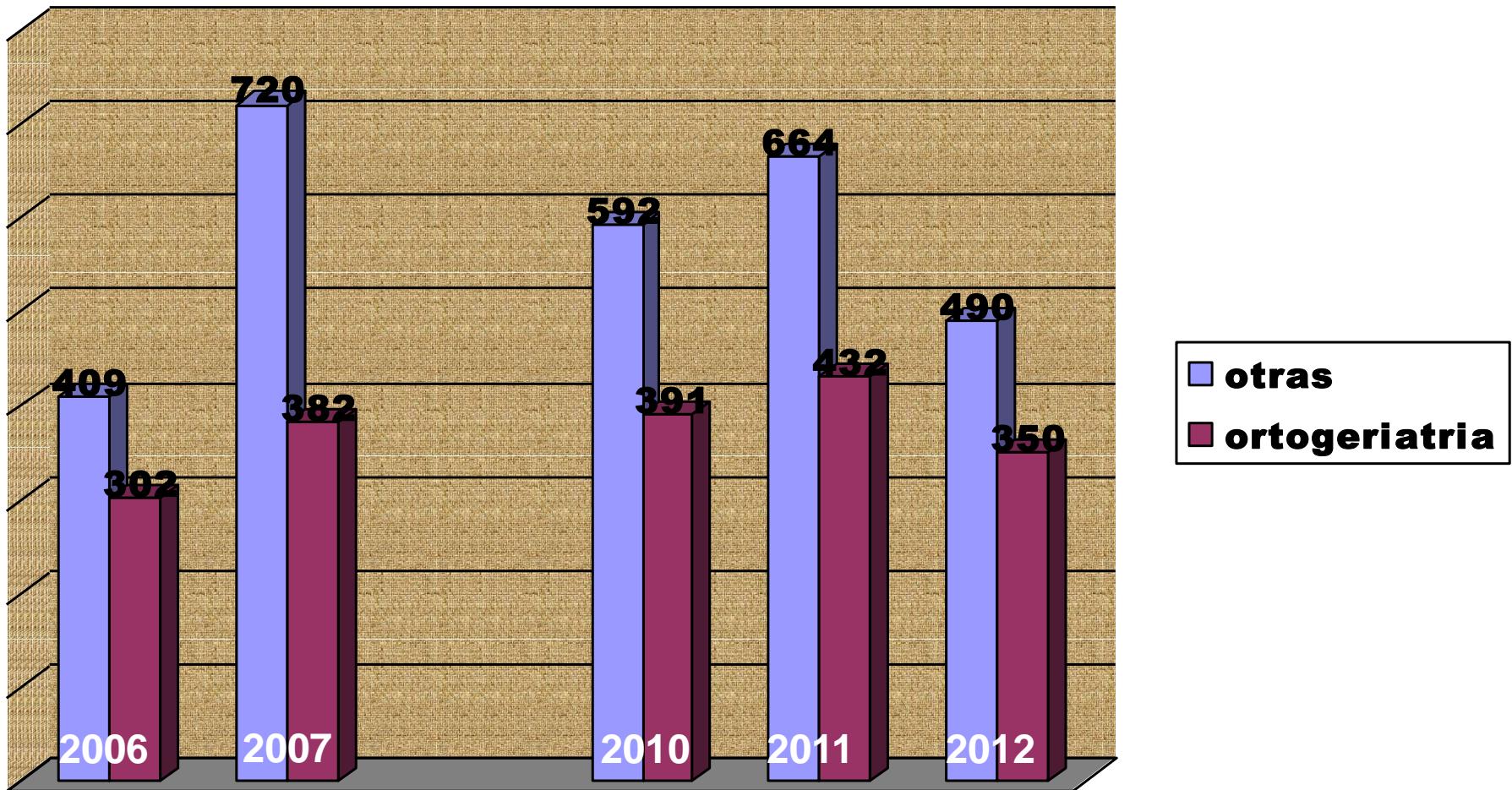
UFISS 2000-2001.

- **Med + conv: 195**
- **Medica: 153**
- **Convalescència: 102**
- **Fisioteràpia: 4**





Interconsultes





Ufiss ortogeriatrica

■ Equipo asistencial:

- Geriatra, enfermera,
- Asistente social y fisioterapeuta

■ Claves de la intervención:

- Valoración precoz.
- Multidisciplinariedad.
- Continuidad asistencial.
- Preparación del alta/conexión.



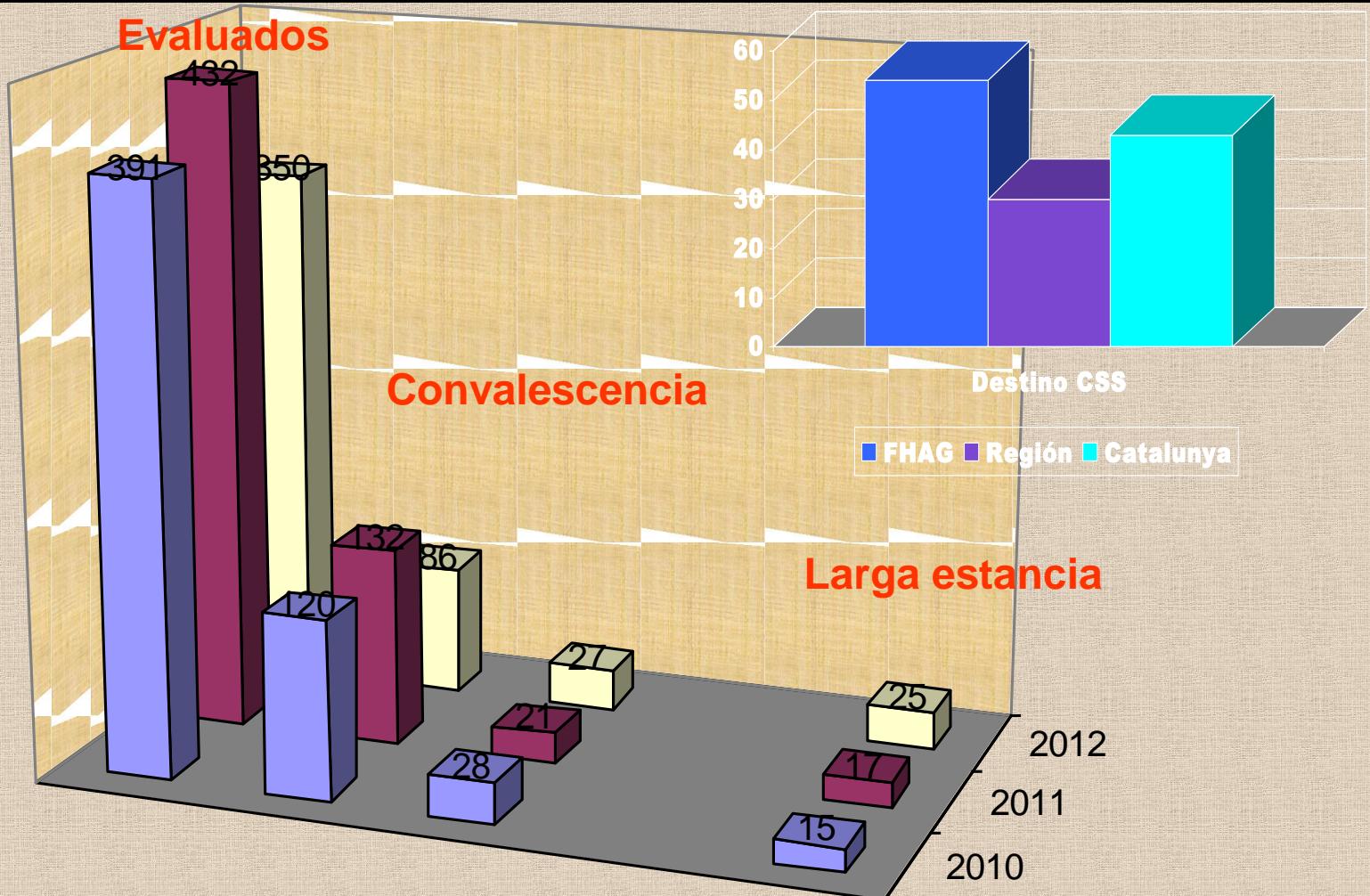
“Novedoso”

- **Indicación de la interconsulta:**
 - Alta sensibilidad por enfermería de trauma.

- **Proceso evolutivo:**
 - “Morning report”
 - Consultas externas (“trauma”).
 - Reuniones de “feedback”.



Derivaciones desde ufiiss a centros sociosanitarios





Interconsulta geriátrica

Se desconoce las características asociadas a los mejores resultados. Se relaciona con:

- Selección adecuada de los pacientes.
- La calidad y validez de la evaluación.
- Realizar un seguimiento cuidadoso.
- Ofrecer servicios de rehabilitación.



Hipótesis

Beneficios de la valoración geriátrica (asistencia sociosanitaria)

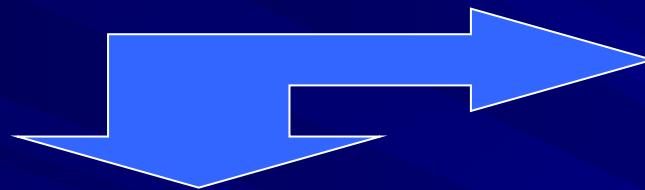


La valoración de este grupo de pacientes por un equipo multidisciplinar de geriatría puede mejorar sus parámetros funcionales, reducir la institucionalización, e incluso disminuir la mortalidad.



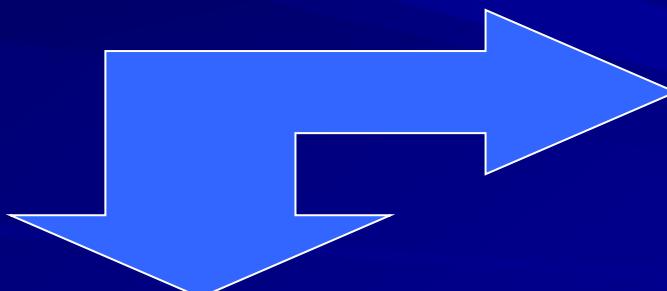
Resultados Pacientes evaluados

Valoración inicial: 1556



Otros diagnósticos: 732

Fractura proximal de fémur: 824



Criterios de exclusión: 135

Fracturas periprotésicas: 49.

Segunda fractura de cadera: 38.

Fractura metastásica: 18.

Accidente de tráfico: 5.

Procedentes de otros centros: 5.

Edad inferior a 65 años: 13.

Primera fractura de fémur: 689



Situación basal

Edad media	84,7
Mujeres (%)	75,9
Deterioro cognitivo (%)	52
Demencia	38
Tipo de fractura: (%)	
Pertrocantérea	61
Situación funcional previa (IB):	
IB superior a 80 puntos	45,4
Ambulación previa autónoma (%)	84
Procedencia (%):	
Residencia	23,6
Domicilio	76,4
Convivencia en el domicilio (%):	
Solo	15,1
Con su pareja/cónyuge	19
Con hijos	29,8



Datos a los seis meses

Variable	(%)
Residencia	35,9
Domicilio	64,1
Convivencia en domicilio	
Vive solo	6,4
Con su pareja	20,5
Con hijos	27,7
Otros cuidadores	9,5
Exitus	16,7
Perdidos al final del estudio	2
Ambulación autónoma	71,4



Procedentes del domicilio

Variables basales	Destino Convalecencia	Destino Domicilio	p
Sexo			
Mujeres (%)	74	79	0,23
Edad media	83,9	84,3	0,51
Deterioro cognitivo (%)	46,2	47,5	0,17
Demencia (%)	21,6	30,2	0,04
Tipo de fractura			0,36
Situación funcional (Indice de Barthel)	82,5	79,9	0,21
Ambulación extradomiciliaria autónoma (%)	75,1	65,8	0,007
Ambulación previa autónoma (%)	92,3	87,7	0,10
Transferencia previa autónoma (%)	91,2	88,3	0,32



Procedentes del domicilio

Variables A los seis meses	Destino Convalecencia	Destino Domicilio	p
Ubicación (%)			
Domicilio	74,2	86,4	0,001
Residencia	15,4	4,3	
Exitus	9,9	8,6	
Pérdidos	0,8	0,7	
Convivencia en su domicilio (%)			0,004
Viven solos	12,3	7,8	
Con su pareja	32,5	32,8	
Con los hijos	40,8	47,1	
Resto	14,2	12,1	
Ambulación			0,41
Transferencia			0,78
Ir al baño			0,55
Vestirse			0,68



Riesgo de institucionalización

Análisis multivariante

Variables	p	Odds ratio
Ambulación extradomiciliaria	0,005	2,965
Deterioro cognitivo	0,001	0,330
Vivir solo previamente	0,007	3,449
Vivir con su pareja	0,001	0,170
Vivir con hijos	0,297	0,677
Indice de barthel basal	0,139	1,013
Vestirse a los seis meses	0,000	7,331

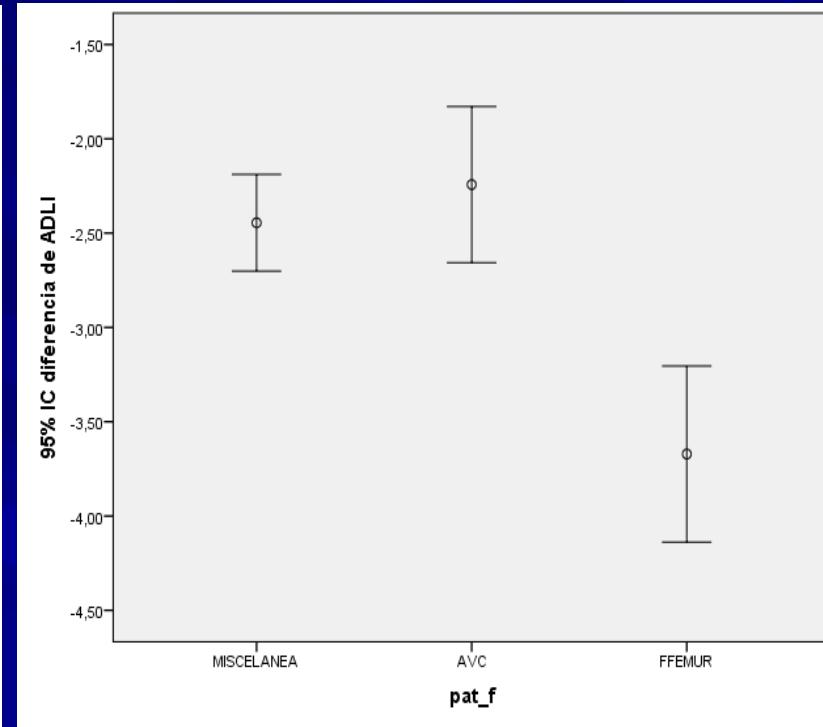
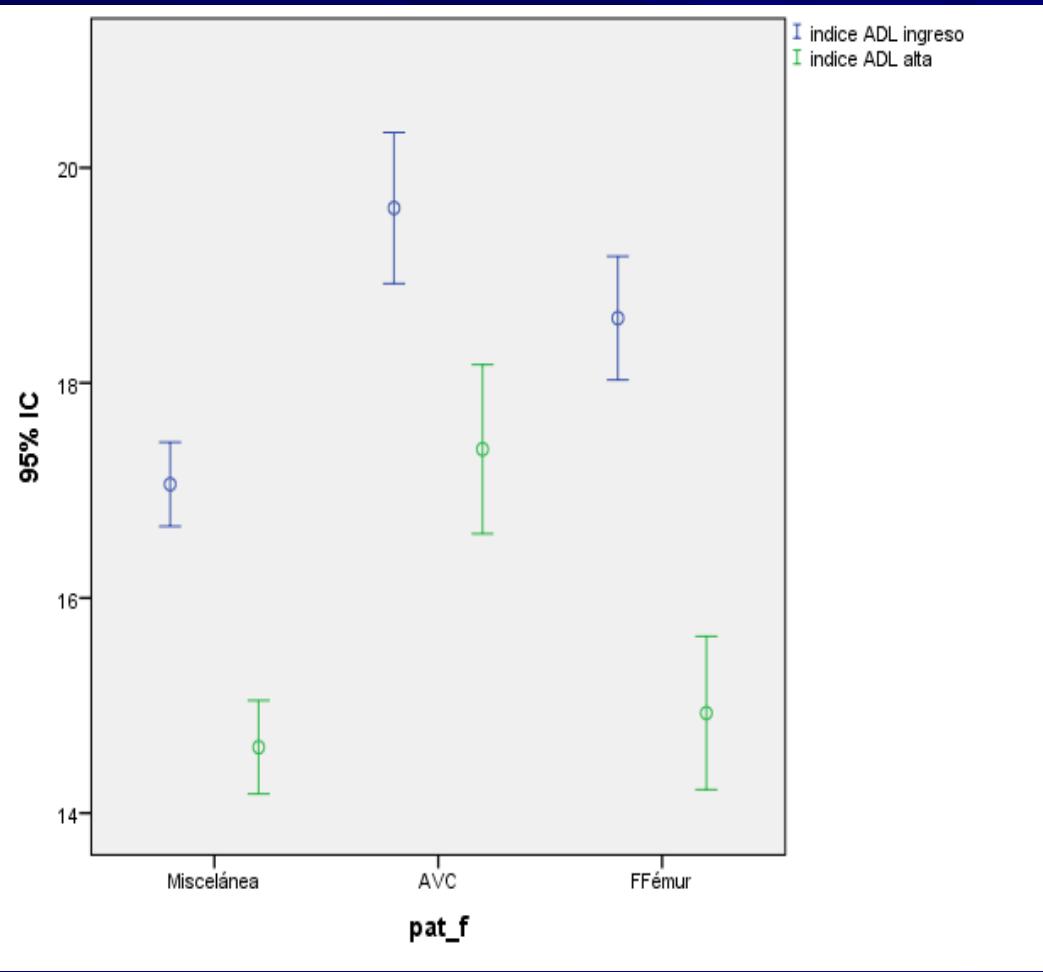
R cuadrado de Nagelkerke: 0,359



Deterioro en la ambulación

Variables	Chi cuadrado	p
Sexo	0,37	0,54
Tipo de fractura	5,26	0,07
Retraso en el inicio de la carga	3,45	0,06
Problemática social	5,04	0,025
Procedencia de residencia	36,06	< 0,001
Destino al alta a residencia	48,18	< 0,001
Presencia de deterioro cognitivo	36,2	< 0,001
Presencia de demencia	59,2	< 0,001
Grupos de edad mas avanzada	19,0	< 0,001
Grupos de funcionalidad basal inferior	171,2	< 0,001

Ganancia funcional al alta de convalecencia

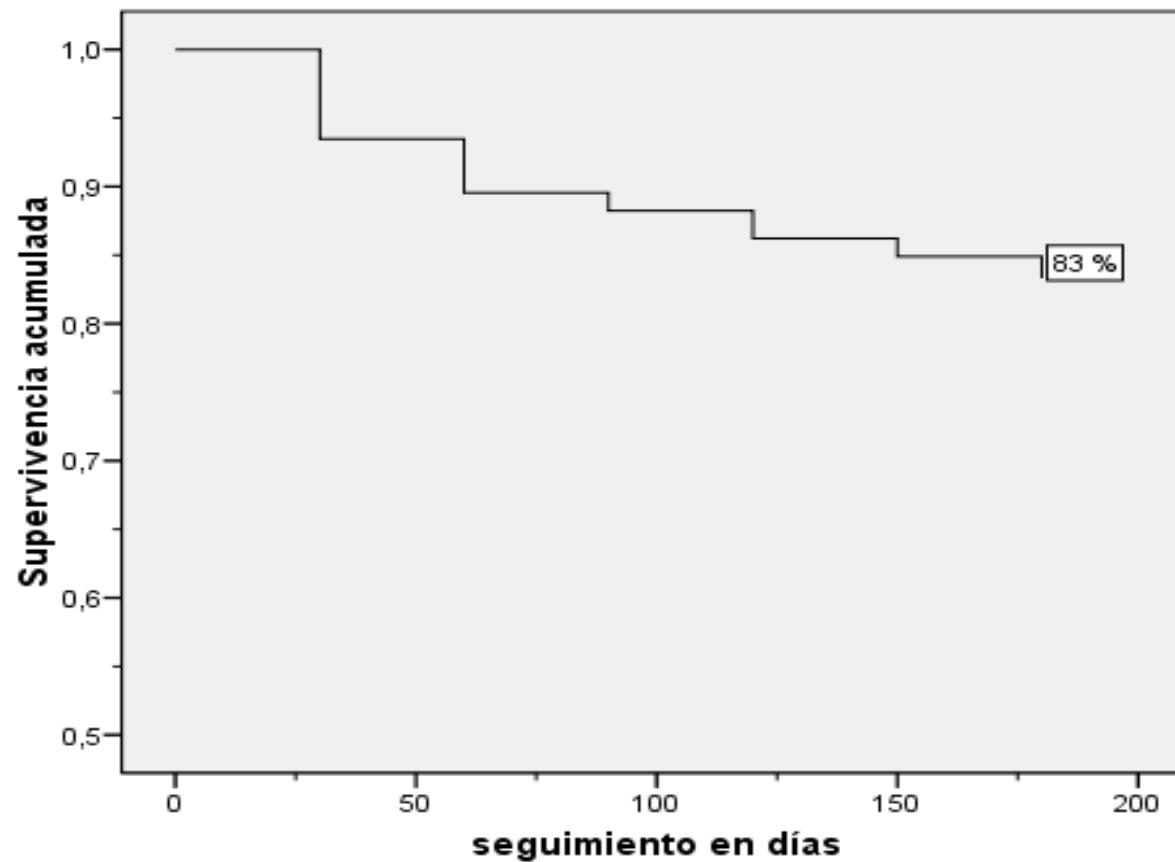


pat_f				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
MISCELANEA	1504	63,5	63,5	63,5
AVC	431	18,2	18,2	81,7
FFEMUR	433	18,3	18,3	100,0
Total	2368	100,0	100,0	



Mortalidad

Figura 1. Curva de supervivencia de la población del estudio.



Mortalidad

Figura 2. Curva de supervivencia en función del sexo.

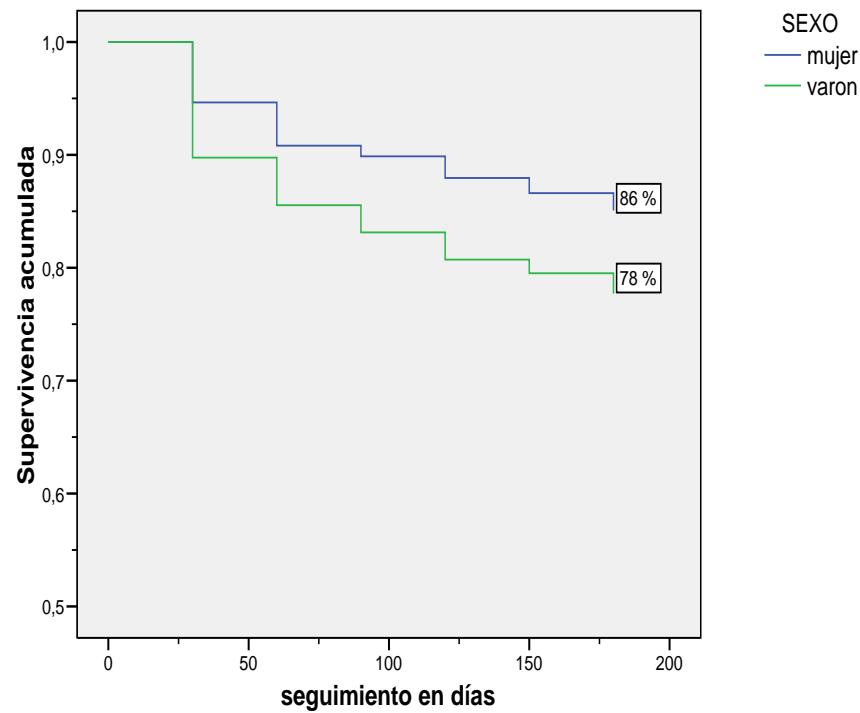
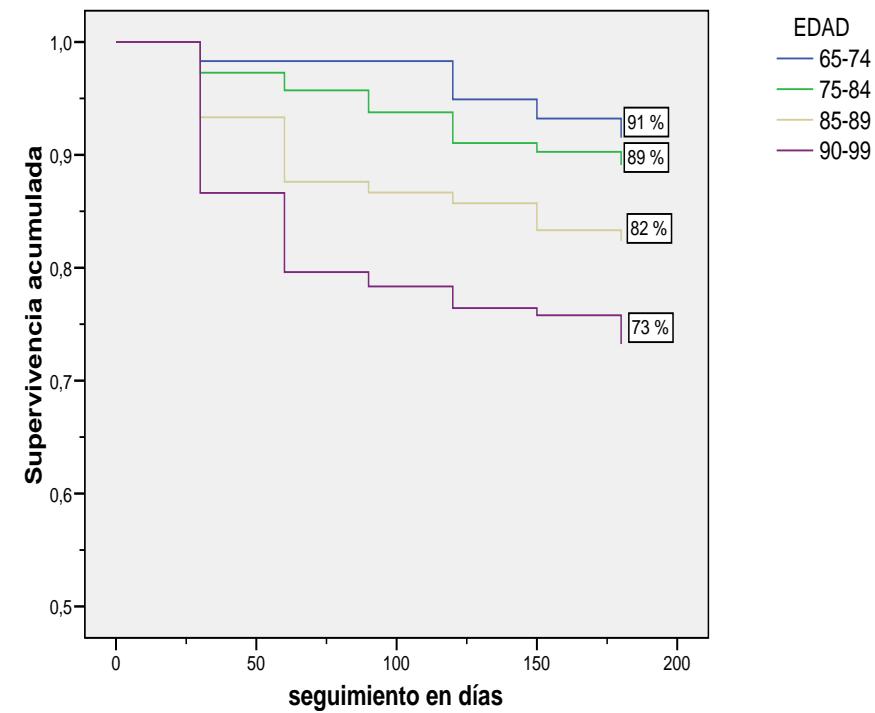


Figura 3. Curva de supervivencia en función de la edad.



Mortalidad

Figura 6. Curva de supervivencia en función de su situación basal.

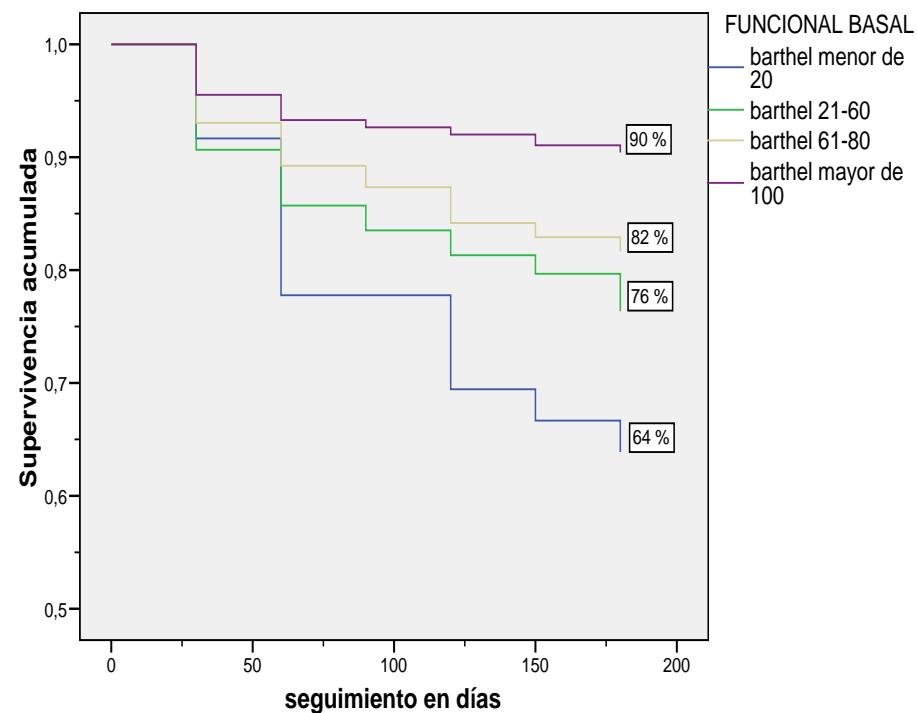
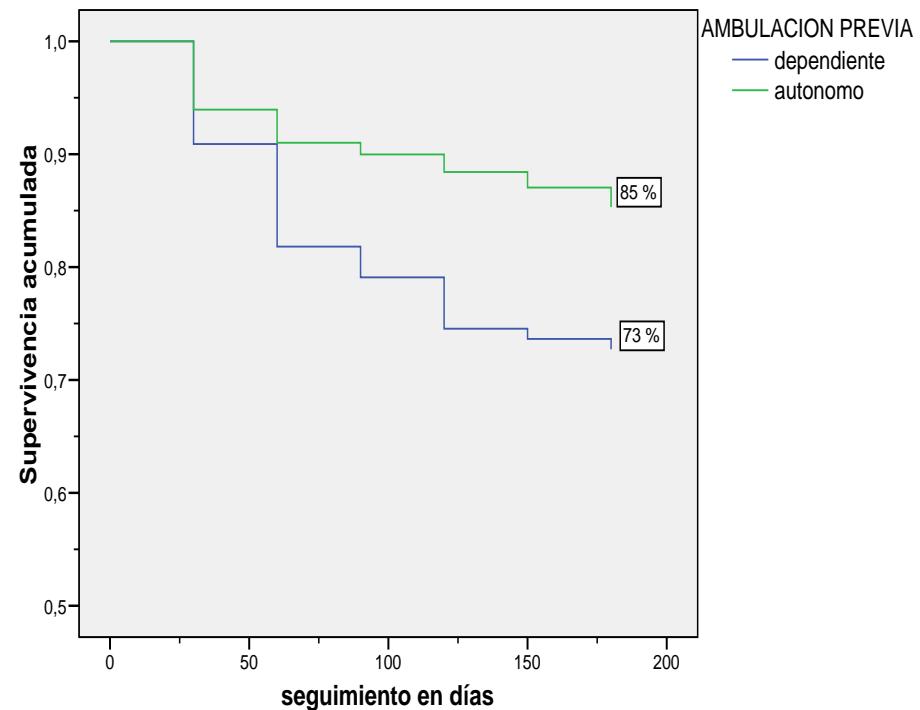


Figura 7. Curva de supervivencia en función de la ambulación previa.



Mortalidad

Figura 9. Curva de supervivencia en función del estado de convivencia en su domicilio.

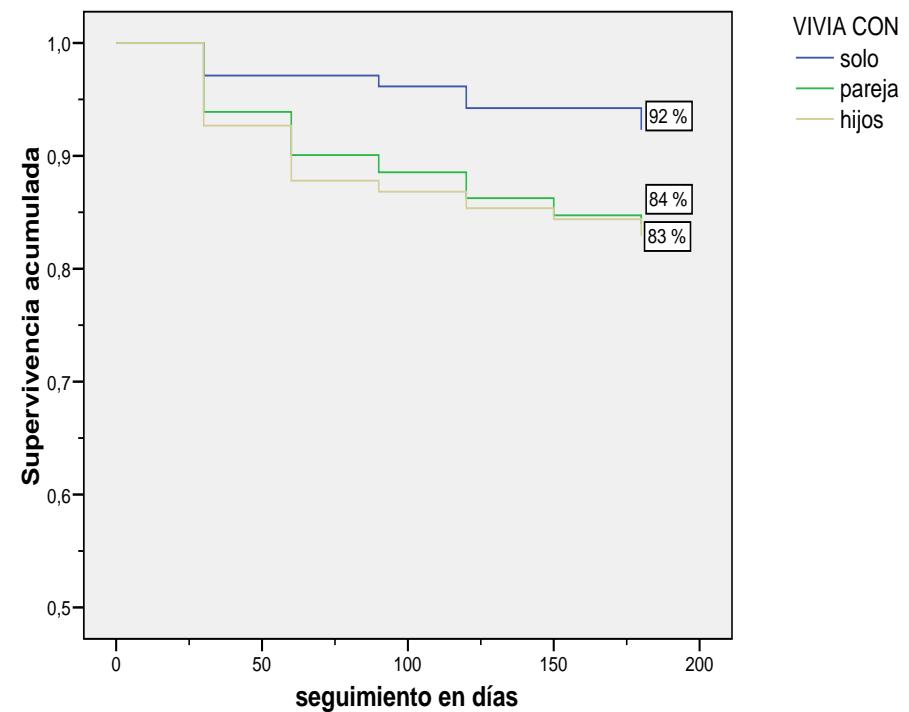
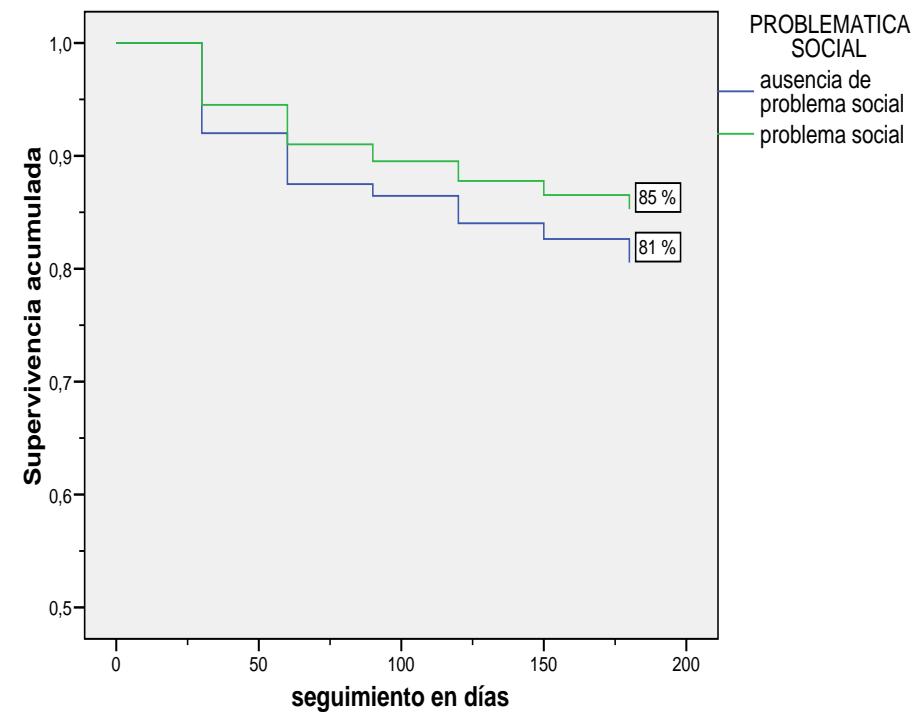


Figura 10. Curva de supervivencia en función de la presencia de problemática social.



Mortalidad

Figura 11. Curva de supervivencia en función de la autorización de la carga al alta hospitalaria.

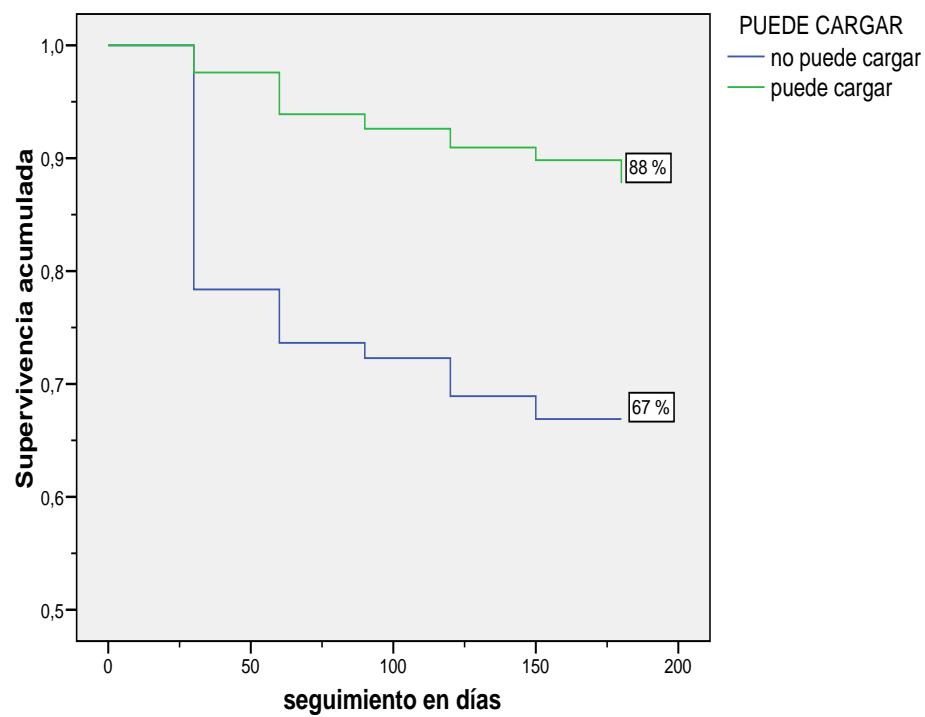
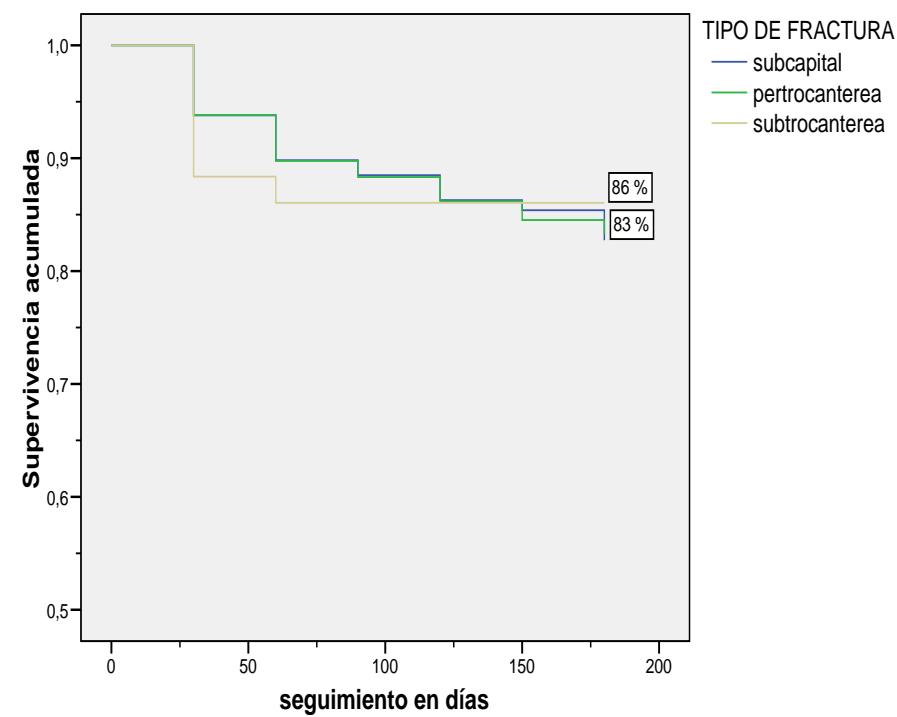


Figura 13. Curva de supervivencia en función del tipo de fractura.





Conclusiones

- La toma de decisiones por los equipos asistenciales está sometida a una “presión social”.
- El recurso de convalecencia no evita la institucionalización en residencia, ni consigue retrasar la evolución en el deterioro funcional.



Líneas de futuro

■ Áreas sociosanitaria:

- Adaptación a los cambios.
- Protocolos/escenarios asistenciales.
- Educación sanitaria.
- Mayor implicación en urgencias.
- Relación con las residencias.
- Investigación.
- Criterios de calidad.



Gracias por su atención

