

Osstelba

OSASUN
TEKNOLOGIEN
EBALUAZIOA

EVALUACIÓN DE
TECNOLOGÍAS
SANITARIAS



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SANIDAD

INFORME DE EVALUACIÓN

D-08-05

LA GESTIÓN DEL PACIENTE MAYOR CON PATOLOGÍA CRÓNICA

Proyecto de Investigación Comisionada

Abril 2008

INFORME DE EVALUACIÓN

D-08-05

LA GESTIÓN DEL PACIENTE MAYOR CON PATOLOGÍA CRÓNICA

Proyecto de Investigación Comisionada

Abril 2008

Elosegi Vallejo, Elena
Begiristain Aranzasti, José M^a
Larrañaga Padilla, Isabel
Baixas de Ros, Dolores
Gurruchaga Arriola, Miren Idoia
Aranegi Lasuain, Pedro
Arriola Manchola, Enrique
Aiertza Azurza, Arantza
Clavé Arruabarrena, Eduardo
Goñi Agudo, M^a José
Orbegozo Aramburu, Ana

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SANIDAD

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2008

Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse en el catálogo de la Biblioteca General del Gobierno Vasco: <<http://www.euskadi.net/ejgvbiblioteca>>.

Financiación: Beca de Investigación Comisionada 2005. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Nº expediente 2005/05.

Este documento debe ser citado como:

Elosegi E, Begiristain J M, Larrañaga I, Baixas D, Gurruchaga M I, Aranegi P, Arriola E, Aiartza A, Clavé E, Goñi M^a J, Orbegozo A. La gestión del paciente mayor con patología crónica. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2008. Informe nº. Osteba D-08-05

El contenido de este documento refleja exclusivamente la opinión de las personas investigadoras y no son necesariamente compartidas en su totalidad por quienes han realizado la revisión externa o por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.

Edición: 1.ª Septiembre 2008

Tirada: 265 ejemplares

© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco
Departamento de Sanidad

Internet: www.osanet.euskadi.net/osteba/es

Edita: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
Donostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz

Fotocomposición: RGM, S.A.
Pol. Igeltzera, Pab. 1 bis – 48610 Urduliz-Bizkaia

Impresión: RGM, S.A.
Pol. Igeltzera, Pab. 1 bis – 48610 Urduliz-Bizkaia

ISBN: 978-84-457-2821-5

D.L.: BI-3125-08

Investigadora principal

Elena Elozegi Vallejo. Servicio de Admisión del Hospital Donostia. Osakidetza. Gipuzkoa.

Miembros del equipo de investigación

José M^a Begiristain Aranzasti. Servicio Plan de Salud de Gipuzkoa. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz. Alava.

Isabel Larrañaga Padilla. Servicio Plan de Salud de Gipuzkoa. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz. Alava.

Dolores Baixas de Ros. Centro de Atención Primaria de Pasajes San Pedro. Comarca Ekialde. Osakidetza. Gipuzkoa.

Miren Idoia Gurruchaga Arriola. Servicio de Urgencias del Hospital Donostia. Osakidetza. Gipuzkoa.

Pedro Aranegi Lasuain. Servicio de Medicina Interna del Hospital Donostia. Osakidetza. Gipuzkoa.

Enrique Arriola Manchola. Hospital Fundación Matia. Donostia. Gipuzkoa.

Arantza Aiartza Azurza. Servicios sociales Diputación Foral de Gipuzkoa.

Eduardo Clavé Arruabarrena. Servicio Convalecencia del Hospital Donostia. Osakidetza. Gipuzkoa.

M^a José Goñi Agudo. Servicio de Admisión del Hospital Donostia. Osakidetza. Gipuzkoa.

Ana Orbegozo Aramburu. Hospital Fundación Matia. Donostia. Gipuzkoa.

Lourdes Zurbanobeaskoetxea Laradogoitia. Servicios sociales Diputación Foral de Bizkaia.

Revisión Externa

Andoni Orube Bona. Subdirección Médica . H. Donostia. Donostia -San Sebastián. Gipuzkoa.

Idoia Gaminde Inda. Servicio de Docencia e Investigación. Dpto. de Salud. Gobierno de Navarra. Pamplona.

Coordinación del Proyecto en Osteba

José Asua Batarrita. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Osteba. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz. Álava.

ÍNDICE

RESÚMENES ESTRUCTURADOS	9
1. INTRODUCCIÓN	17
2. OBJETIVOS	21
3. MATERIAL Y MÉTODOS.....	25
4. MODELO ACTUAL DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES CON PATOLOGÍA CRÓNICA EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO (C.A.PV.)	29
4.1. Asistencia Sanitaria: oferta de servicios sanitarios y perfil de usuarios	32
4.2. Asistencia social: oferta de servicios sociales y sociosanitarios y perfil de usuarios	41
4.3. Discusión de la gestión actual a las personas mayores con patología crónica	46
5. ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES CON PATOLOGÍA CRÓNICA	49
5.1. Revisión de la bibliografía	51
5.2. Experiencias de Gipuzkoa	54
5.2.1. Atención sanitaria en media estancia y centro socio-sanitario	55
5.2.2. Estado de salud de los pacientes mayores de 75 años en domicilio	58
5.2.3. Estudio sobre el nivel de adecuación en los ingresos: necesidades de los pacientes mayores y servicios	60
5.2.4. Conclusiones: experiencias en Gipuzkoa.....	69
6. MODELO DE ATENCIÓN PROPUESTO	71
7. APLICACIÓN PRÁCTICA DEL MODELO EN LA PATOLOGÍA CRÓNICA EPOC	81
8. CONCLUSIONES	89
9. RECOMENDACIONES.....	93
BIBLIOGRAFÍA	97

RESÚMENES ESTRUCTURADOS

RESUMEN ESTRUCTURADO

Título: LA GESTIÓN DEL PACIENTE MAYOR CON PATOLOGÍA CRÓNICA

Autores: Elozegi E, Begiristain J M, Larrañaga I, Baixas D, Gurruchaga M I, Aranegi P, Arriola E, Aiartza A, Clavé E, Goñi M^a J, Orbegozo A.

Palabras clave MESH: *paciente mayor, enfermedad crónica, discapacidad, gestión, asistencia sanitaria y social, valoración integral, detección precoz, pluripatología, continuidad de cuidados*

Fecha: Abril 2008

Páginas: 108

Referencias: 118

Lenguaje: español, resúmenes en inglés y euskera

ISBN: 978-84-457-2821-5

INTRODUCCIÓN

El progresivo envejecimiento de la población lleva emparejada una realidad epidemiológica que ha supuesto una modificación significativa del perfil de pacientes. Así, hemos pasado de atender pacientes afectos de enfermedades agudas, con necesidad de un diagnóstico y un tratamiento concreto, a pacientes de edad avanzada, con dificultades o falta de apoyo familiar en el domicilio y diagnosticados de varias enfermedades crónicas causantes de discapacidad, siendo la bronquitis crónica y la insuficiencia cardiaca algunos de los diagnósticos más frecuentes en los mayores de 65 años.

Esta realidad conlleva un aumento de la actividad asistencial formal e informal, que según un estudio del Departamento de Sanidad (2003) atribuye al envejecimiento, manteniendo inalterables los restantes factores, un incremento del 16,5% en las consultas de Atención Primaria, del 22,5% en el número de altas de hospitales de agudos y del 65% en el número de altas de convalecencia y rehabilitación, en los próximos cinco años.

OBJETIVO

El presente estudio propone describir la gestión actual del paciente mayor con patología crónica en nuestra comunidad y proponer alternativas de atención integral y de calidad a la utilización actual de los servicios, basándonos en experiencias de nuestro entorno.

MATERIAL Y MÉTODO

Se identifican los diferentes grupos de población mayor con patología crónica en base a la utilización que hacen de los recursos sanitarios disponibles (CMBDs; ESTADIS, GDRs). Se evalúa la adecuación entre las necesidades y el dispositivo asistencial utilizado: Hospitales de Agudos (AEP); Hospital de Media Estancia, Dispositivo Sociosanitario y Atención Primaria, mediante un cuestionario de derivación de pacientes a media estancia y dispositivo sociosanitario.

Se ha realizado una revisión de las publicaciones más relevantes en este ámbito de los últimos años y se han esbozado las líneas fundamentales a tener en cuenta en la atención a la población mayor, su ubicación en el sistema sanitario de acuerdo a sus necesidades, y el nivel asistencial sobre el cual debe pivotar la atención del paciente en cada momento de atención de su patología. Un panel de expertos, han discutido y comparado en tres sesiones dirigidas, las debilidades y fortalezas del sistema de atención actual a las personas mayores y las posibles alternativas. Finalmente el panel ha realizado el ejercicio de aplicación de las líneas de atención propuestas a una enfermedad de elevada prevalencia en este colectivo: la Enfermedad Pulmonar Obostructiva Crónica (EPOC).

Análisis económico: SÍ NO **Opinión de Expertos:** SÍ NO

RESULTADOS

El estudio confirma que los pacientes mayores con patología crónica controlada, poca dependencia física/psíquica y buen soporte familiar y social, se encuentran bien ubicados en sus domicilios. El riesgo de reagudización de estos pacientes produce un incremento de los ingresos médicos en hospitales de agudos (HA) (del 46% en la última década). Sin embargo, en los ingresos en HA se identifica una elevada proporción de ingresos inadecuados (17,6%), debidos en parte a que las pruebas diagnósticas y/o terapéuticas se realizan en régimen de ingresado, a pesar de que las mismas no requieren hospitalización (60%). Las derivaciones a media estancia (ME) y dispositivo socio-sanitario, también, han aumentado (49% en el periodo 2004 a 2006), poniendo de manifiesto la necesidad de niveles intermedios de atención, a la vez que han disminuido los problemas sociales como motivo de ingreso en ME. Entre las alternativas valoradas sobre la gestión de los pacientes con patología crónica, se ha realizado un ejercicio de aplicación del Modelo de Cuidados de Patología Crónica (CCM) a la EPOC, considerando las características de nuestro sistema sanitario.

CONCLUSIONES

La Atención Primaria debe ser el eje en la atención a la persona mayor con patología crónica, pero es necesario redefinir el manejo y control de las patologías crónicas, así como las funciones de los profesionales de cada nivel asistencial. El médico, la enfermera, el enfermo y su cuidador, cuando exista, forman un equipo de atención y su funcionamiento debe ser proactivo, generando pacientes informados e impulsando el autocuidado. La gestión de los procesos crónicos debe basarse en la detección precoz, en la valoración integral del paciente, así como en la búsqueda de los tratamientos más eficientes en los distintos niveles asistenciales. Además se han de potenciar los ingresos hospitalarios programados, tanto en HA como en niveles intermedios (ME y los servicios socio-sanitarios). Es pertinente impulsar experiencias como las desarrolladas en Gipuzkoa, para adaptar e implantar los aspectos de mostrada eficiencia en cada modelo en el manejo de la patología crónica, a fin de ofertar a los pacientes el nivel asistencial más adecuado según sus necesidades.

LABURPEN EGITURATUA

Izenburua: PATOLOGIA KRONIKOA DUEN ADINEKO PAZIENTEAREN KUDEAKETA

Egileak: Elozegi E, Begiristain J M, Larrañaga I, Baixas D, Gurruchaga M I, Aranegi P, Arriola E, Aiertza A, Clavé E, Goñi M^a J, Orbegoza A.

MESH gako-hitzak: *adineko pazientea, gaixotasun kronikoa, ezgaitasuna, kudeaketa, asistentzia sanitarioa eta soziala, balorazio integrala, detekzio goiztiarra, patologia-aniztasuna, zainketen jarraipena*

Data: 2008ko apirila

Orrialdeak: 108

Erreferentziak: 118

Hizkuntza: Gaztelania, laburpenak euskeraz eta ingelesez

ISBN: 978-84-457-2821-5

SARRERA

Populazioaren zahartze progresiboak pazienteen profileen aldaketa eragin duen errealitate epidemiologikoa dakar. Horrela, gaixotasun akutuak zituzten pazienteak (diagnostikoa eta tratamendu zehatza behar dutenak) artatzetik, adineko pazienteak (etxean zailtasunak edo familiaren laguntzarik ez dutenak eta ezgaitasuna eragiten duten gaixotasun kronikoak diagnostikatuta dutenak) artatzera pasatu da. Izan ere, bronkitis kronikoa eta bihotz-gutxiegitasuna dira 65 urtetik gorakoetan diagnostikatuenetakoak.

Errealitate horrek asistentzia-jarduera formala eta ez formala handitzea eskatzen du. Izan ere, 2003. urtean Osasun Sailaren azterketa baten arabera, ondoko hau ondorioztatu zen: zahartzaroak, ondoko bost urteetan, gainontzeko faktoreak dauden-daudenean mantenduta, Lehen Mailako Arretako kontsultetan %16,5eko handitzea eragingo du; %22,5ekoa gaixotasun akutuetako ospitalen altetan eta %65ekoa eriondo eta errehabilitazioko altetan.

HELBURUA

Azterketa honen helburua gure erkidegoko patologia-kronikoa pairatzen duten adinekoen kudeaketa deskribatzea da, baita egungo zerbitzuen erabileran arreta-integraleko eta kalitatezko aukerak proposatzea ere, gure inguruko esperientzietan oinarrituta.

MATERIALA ETA METODOA

Patologia pairatzen duten adinekoen talde desberdinak (CMBDak, ESTADIS, GDRak) sanitate-baliabide eskuragarrien arabera identifikatzen dira. Beharizanen eta erabilitako asistentzia-dispositiboen arteko egokitasuna ebaluatzen da: Akutuen Ospitaleak (AO); Egonaldi Ertaineko Ospitalea, Dispositibo Sozio-sanitarioa eta Lehen Mailako Arreta. Hori guztia, egonaldi ertaineko pazienteen deribazioaren eta dispositibo soziosanitarioaren galdetegi baten bidez egiten da.

Bestalde, azken urteetan esparru horretan egindako argitalpenak aztertu dira eta ondoko hauek zehaztu: adineko populazioaren artapenean kontuan hartu beharreko ildo nagusiak, euren beharren arabe-

rako ubikazioa sistema sanitarioan eta, uneoro pazientearen arreta oinarritu behar deneko asistentzia-maila, patologia artatzen den guztietan. Aritu talde batek, zuzendutako hiru sesiotan, adinekoekiko egungo arretaren alderdi ahulak eta sendoak eztabaidatu ditu eta ondoren, aukera desberdinak plazaratu. Azkenik, aritu talde horrek, adinekoen artean prebalentzia handiko gaixotasun batekiko arreta-ildoan aplikaziorako proposatutako frogak egin ditu: Biriketako Gaixotasun Buxatzaile Kronikoa (BGBK) delakoari gagozkionak, hain zuzen ere.

Analisi ekonomikoa: BAI



Adituen Iritzia:



EZ

EMAITZAK

Azterketa horren arabera, kontrolatutako patologia kronikoa, mendekotasun fisiko/psikiko txikia eta familia- eta gizarte-laguntza egokia duten adineko pazienteak ondo aurkitzen dira euren etxean. Paziente horien larriagotze-arriskuak handitu egiten du akutuen ospitaleetan ingesatzea (AO) (ingresu-gehikuntza %46koa izan zen azken hamarkadan). Hala ere, Akutuen Ospitaleetako ingresuen artean desegokiak izan direnak ere antzeman dira, eta proportzio handian (%17,6), batez ere ingesatuta egon behar delako diagnostiko-probak edota terapia-probak egiteko, nahiz eta ingresu-beharrik ez izan (%60). Halaber, egonaldi ertaineko deribazioak (EE) eta dispositibo sozio-sanitarioak handitu egin dira (%49 handitu dira 2004-2006 urteen bitartean). Horrek guztiak agerian utzi du arretako maila ertainak beharrezkoak direla. Bestalde, arazo-sozialek eragindako egonaldi ertaineko ingresuak txikitu egin dira. Patologia kronikoko pazienteen kudeaketari buruzko aukeren artean, BGBKren gaineko Patologia Kronikoko Zainketa-Ereduen aplikazio-ariketa egin da, gure sistema sanitarioaren ezaugarriak kontuan hartuta.

ONDORIOAK

Lehen Mailako Arreta ardatz nagusia izan behar da patologia kronikoa pairatzen duen adinekoaren arretan. Hala ere, beharrezkoa da patologia kronikoen maneua eta kontrola birdefinitzea; baita asistentzia-maila bakoitzeko profesionalen funtzioak ere. Medikuek, erizainak, gaixoak eta bere zaintzaileak, zaintzailerik bada, arreta-taldea osatzen dute eta euren funtzionamendua proaktiboa izan behar da: pazienteak jakinaren gainean egon behar dira eta autozainketa sustatu behar da. Prozesu kronikoen kudeaketa ondoko hauetan oinarritu behar da: detekzio goiztiarrean, pazientearen balorazio integralean eta asistentzia-maila desberdinetako tratamendu eraginkorrenen bilaketan. Gainera, programatutako ospitale-ingresuak sustatu egin behar dira AOetan eta tarteko mailakoetan (EE eta zerbitzu sozio-sanitarioetan). Egokia da Gipuzkoan garatutako esperientzia bezalakoak bultzatzea, patologia kronikoaren artapenean eredu bakoitzak erakutsitako eraginkortasunaren alderdiak egokitzeko eta ezartzeko, betiere pazienteei euren beharretara egokien datorkien asistentzia-maila ekaintzeko asmoz

STRUCTURED SUMMARY

Title: MANAGEMENT OF ELDERLY PATIENTS WITH CHRONIC PATHOLOGIES

Authors: Elosegi E, Begiristain J M, Larrañaga I, Baixas D, Gurruchaga M I, Aranegi P, Arriola E, Aiartza A, Clavé E, Goñi M^a J, Orbeagozo A.

MESH keywords: *elderly patients, chronic illness, disability, management, health and social care, overall assessment, early detection, multi-pathologies and continuity of care*

Date: April 2008

Pages: 108

References: 118

Language: Spanish, English and basque abstrats

ISBN: 978-84-457-2821-5

INTRODUCTION

The progressive ageing of the population has led to significant changes in patient profiles from an epidemiological standpoint. Instead of attending patients affected with severe illnesses, who require diagnosis and a specific treatment, we are now dealing with elderly patients, diagnosed with a number of chronic illnesses causing disability, who are experiencing difficulties or suffering from a lack of help from their families at home. Chronic bronchitis and cardiac insufficiency are some of the most frequent diagnoses in patients of over 65 years of age.

This situation involves an increase in formal and informal care activities. According to a study made by the Health Department (2003), age-related problems will cause an increase over the next five years of 16.5% in primary care consultations, 22.5% in the number of short-term hospital admissions and 65% in the number of convalescence and rehabilitation admissions, while the other factors remain unchanged.

AIMS

This survey sets out to describe the current management of elderly patients with chronic pathologies in our community and to propose alternatives to the current use of services for overall quality care, based on experiences in our environment.

MATERIALS AND METHODS

Different groups within the elderly population with chronic pathologies are identified in accordance with their use of available health services resources (MBDSs; ESTADIS, DRGs). An assessment is made of the appropriate balance between requirements and the resources used: Short-term hospitals; medium-term hospitals, social-health and primary care resource, through a questionnaire sent to medium-term patients and the social-healthcare system.

A review is made of the most relevant publications in this area over recent years and the basic considerations to be borne in mind in the care of elderly people, their situation in the health system in accordance with their means, and the level of attention on which patients care must be articulated at every moment during the treatment of their pathologies have been drawn up. A panel of experts have met in three sessions to discuss the strengths and weaknesses of the current care system for elderly people and the possible alternatives. Finally, the panel has applied the proposed care guidelines to a highly prevalent disease among this age group: Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD).

Economic analysis: YES

NO

Expert opinion:

YES

NO

RESULTS

This study confirms that elderly patients with controlled chronic pathology, low physical/psychic dependence and good family and social support, are adequately looked after in their own homes. The risk of a worsening in the state of health of these patients has led to an increase in medical admissions in short-term hospitals of 46% over the last decade. Nevertheless, within short-term hospital admissions, a high proportion of inappropriate admissions (17.6%) have been identified, due to the fact that diagnostic and/or therapeutic tests are carried out while the patients are in hospital, in spite of the fact that these do not require hospitalisation (60%). Referrals to medium-term hospitals and the social-healthcare system have also increased (49% during the period 2004-2006), highlighting the need for intermediate levels of care. At the same time, social problems due to medium-term admissions have decreased. Among the alternatives assessed for the management of patients with chronic pathologies, the Chronic Pathology Care Model has been applied to the EPOC, in accordance with the characteristics of our health system.

CONCLUSIONS

Primary Healthcare must form the backbone to the care of elderly patients with chronic pathologies, but it is necessary to redefine the handling and control of chronic diseases, as well as the functions of professionals working at each level of care. Doctors, nurses, patients and their carers, if any, form a care team that must operate proactively, by making patients aware of their condition and encouraging them to care for themselves. Management of chronic processes must be based on early detection, on the overall assessment of patients, as well as the search for more efficient treatments at different levels of care. Moreover, programmed hospital admissions must be promoted both in short-term hospitals and at intermediate levels (medium-term hospitals and social-health services). Experiments such as those conducted in Gipuzkoa should be promoted in order to adapt to and implement those aspects of proven efficiency in each model in the handling of chronic illnesses in order to offer patients the most adequate care level in accordance with their means.

1. INTRODUCCIÓN

El progresivo envejecimiento de la población implica un importante aumento de la demanda de cuidados sanitarios y sociales, un aumento del colectivo de personas mayores en el que confluyen aspectos intrínsecos al envejecimiento fisiológico, con una reducción paulatina de la funcionalidad de órganos y sistemas, una disminución de la reserva funcional y aumento de su fragilidad y vulnerabilidad ante situaciones de estrés o enfermedad.

En España, el número absoluto de mayores de 65 años se ha multiplicado por algo más de 6 en un siglo y sobrepasará los 8,5 millones en el año 2025. En Euskadi, según el padrón municipal del 2006, los mayores de 65 años representan el 18,4% de la población (393.287).

Esta realidad demográfica lleva emparejada una realidad epidemiológica que nos ha llevado, en los últimos años a una modificación significativa del perfil de pacientes con necesidad de atención. Así, hemos pasado de atender a un paciente afecto de una enfermedad aguda, con necesidad de diagnóstico y tratamiento concreto en un hospital de agudos a un paciente, de edad avanzada, afecto de varias enfermedades crónicas, causantes de dependencia funcional o responsables de un empeoramiento de la comorbilidad. Esta nueva realidad sitúa el centro de nuestra atención en la enfermedad crónica tanto o más que en la aguda, en la morbilidad antes que en la mortalidad, en la calidad de vida antes que en su duración y en la posposición antes que en la curación.

Enfocado así el problema, el objetivo del sistema sanitario no debe centrarse en evitar la mortalidad en base a medidas terapéuticas heroicas, sino posponer la morbilidad y la aparición de la dependencia funcional, dando cada vez mayor importancia a la situación funcional y por ello a la calidad de vida. En consecuencia, los servicios sanitarios deberán de valorar a los pacientes mayores a fin de detectar situación de fragilidad y prevenir o posponer el deterioro funcional y la pérdida de autonomía. Aunque la definición de fragilidad en el anciano no está consensuada, Brockerhurst¹ la define como el equilibrio precario, entre diferentes componentes, biomédicos y

psicosociales, que condicionan el riesgo de discapacidad, institucionalización o muerte.

Si además, a las características de estos pacientes con pluripatología, fragilidad clínica y dependencia funcional, añadimos la dificultad de las familias para proporcionar apoyos y cuidados a este colectivo, nos encontramos con una necesidad de simultanear **asistencia sanitaria, sociosanitaria y social**.

La gestión de esta demanda de cuidados (pacientes mayores con patología crónica) es, demasiadas veces, inapropiada debido a que la organización de los recursos desde una perspectiva de conjunto del sistema sanitario, no se ha adecuado a las nuevas necesidades de cuidados, lo que les convierte a estos pacientes en un grupo especialmente susceptible a los efectos adversos de la fragmentación y especialización de la asistencia sanitaria.

Hasta fechas recientes, la alternativa asistencial al empeoramiento de un paciente mayor con patología crónica por reagudización, descompensación, claudicación familiar o necesidad de cuidados era siempre la hospitalización en unidades de agudos, independientemente del tipo de cuidados necesarios en estos pacientes.

Una consecuencia de ello, es la alta incidencia en el número de ingresos inadecuados y la dependencia funcional presente al alta hospitalaria de una cama de agudos lo que provoca a su vez un incremento de costes, bien por la necesidad de continuar ingresado en una unidad de recuperación funcional, bien por el retorno a la sociedad con unas cargas de dependencia superiores a la fase anterior.

La utilización racional, equitativa y eficiente de los diferentes niveles sanitarios y sociosanitarios requiere definir tanto los objetivos de cada uno de los niveles como los perfiles de los pacientes candidatos a uno u otro nivel.

En una sociedad envejecida el sistema sanitario se debe adaptar al paciente anciano. Esto supone la necesidad de una eficiente reubicación y cualificación de recursos, así como una redefinición de niveles de atención y circuitos de acceso a los mismos.

¹ Brocklehurst JC. The geriatric service and the day hospital En: Brocklehurst JC, Textbook of geriatric medicine and gerontology 3^{ra} ed. Edinburg.Churchill Livingstone, 1985: 982-995.

2. OBJETIVOS

El presente estudio se centra por una parte, en el análisis de la gestión actual del paciente mayor con patología crónica tanto desde el punto de vista sanitario como social y por otra, en proponer modelos de atención a estas personas, para lo cual se ha partido de una búsqueda de las alternativas asistenciales en los entornos políticos similares al nuestro. El grupo de trabajo ha discutido las amenazas y fortalezas del sistema de atención actual.

Teniendo en cuenta todo lo anterior así como las experiencias desarrolladas en Gipuzkoa en los últimos cinco años se realiza una propuesta asistencial integrada y adaptada a la realidad sanitaria de la Comunidad Autónoma Vasca en la gestión del paciente mayor con patología crónica.

Los sujetos de estudio han sido las personas de la Comunidad Autónoma Vasca, mayores de 65 años de edad con patología crónica usuarios de servicios sanitarios, sociosanitarios y sociales.

Para el cumplimiento de los objetivos anteriores se han llevado a cabo los siguientes pasos:

1. Describir los servicios sanitarios, sociosanitarios y sociales disponibles en la actualidad en la Comunidad Autónoma Vasca para la atención del paciente mayor y describir el perfil de usuario en los diferentes niveles asistenciales sanitarios, sociosanitarios y sociales.
2. Revisar y conocer otras experiencias de atención actual a la persona mayor con patología crónica.
 - 2.1. Revisión de la bibliografía.
 - 2.2. Atención sanitaria en media estancia y centro sociosanitario: experiencia en Gipuzkoa.
 - 2.3. Estado de salud de los pacientes mayores de 75 años atendidos por los equipos de Atención Primaria en el domicilio.
 - 2.4. Nivel de adecuación en los ingresos con las necesidades de los pacientes mayores y los servicios asignados.
3. Proponer alternativas a la utilización actual de los servicios basándonos en un modelo integral y de calidad de atención a la persona mayor, desarrollando un modelo de atención para la EPOC.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Para alcanzar los objetivos de este trabajo, se han utilizado las siguientes fuentes de información.

3.1. UTILIZACIÓN ACTUAL DE LOS SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES

- En la descripción del perfil de usuario de los hospitales públicos y concertados de agudos y media estancia y su evolución temporal se han analizado las altas hospitalarias (CMBD, ESTADIS, GDRs) de los últimos diez años y el registro del servicio de urgencias de un hospital.
- Para la descripción de la utilización de servicios de Atención Primaria se ha analizado los datos relativos a las consultas (citas) de Atención Primaria referidos a los dos últimos años OSABIDE y registrados en OSABIDE.
- En la descripción de la utilización de servicios sociosanitarios y sociales se analizarán datos relativos a los usuarios de estos servicios en 2005. Los datos han sido proporcionados por el Departamento de Bienestar Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa.

3.2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

El objetivo de la revisión bibliográfica es localizar y revisar los artículos o documentos publicados sobre la asistencia sanitaria y social a las personas mayores con patología crónica.

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica hasta 30 de marzo de 2007, en varias bases de datos informatizadas: Medline; Embase, OVID, webs de Agencias e Instituciones de Salud, Agencias de Evaluación de Tecnologías y Librería Cochrane.

Los términos de búsqueda incluidos han sido la combinación de los siguientes términos genéricos: chronic care; long-term condition; interdisciplinary, unplanned admissions, length of stay, disease management, care management, care model, shared care.

Los criterios de exclusión han sido: artículos con sólo el abstract; artículos de opinión y editoriales.

Al final han sido seleccionados 84 artículos, que son los que se adjuntan en la bibliografía.

3.3. VALORACIÓN DE LOS PROFESIONALES: APLICACIÓN PRÁCTICA DEL MODELO DE ATENCIÓN

A fin de analizar la aplicabilidad del modelo de atención propuesto en este documento se ha constituido un panel de expertos, 7 profesionales con experiencia en la asistencia del paciente mayor con patología crónica. Mediante la utilización de la metodología «método de expertos», el panel ha discutido y comparado en tres sesiones dirigidas, las debilidades y fortalezas del sistema de atención actual a las personas mayores con patología crónica basándose en una de las patologías más prevalentes en los pacientes mayores, como es la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), identificando las mejores prácticas de la atención a estos pacientes y los cambios que supondrían mejoras eficientes en la atención, teniendo en cuenta los criterios en los que se sustenta el modelo: detección precoz, continuidad de cuidados, coordinación entre niveles asistenciales y valoración integral del paciente.

3.4. NIVEL DE ADECUACIÓN ENTRE LAS NECESIDADES DEL PACIENTE Y EL DISPOSITIVO ASIGNADO

Mediante un estudio transversal se ha evaluado el grado de adecuación entre las necesidades del paciente mayor y el dispositivo asignado, utilizando como instrumento evaluador el «Cuestionario de derivación de pacientes a media estancia y dispositivo sociosanitario». El estudio se ha realizado en una muestra de pacientes ingresados desde urgencias en los servicios hospitalarios de Medicina Interna, Neurología y Neumología del Hospital Donostia. Así mismo, a estos pacientes se les ha evaluado la adecuación del ingreso utilizando la metodología A.E.P. (Appropriateness Evaluation Protocol).

3.5. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS EN DOMICILIO

Para la evaluación de los pacientes mayores en domicilio se ha utilizado el cuestionario de derivación de pacientes a media estancia y centro

sociosanitario validado y adaptado a la realidad asistencial del País Vasco y utilizado de manera sistemática en Gipuzkoa en la evaluación de pacientes para los que se solicita un recurso asistencial de media estancia y/o sociosanitario.

3.6. LA RECOGIDA Y ANÁLISIS DE DATOS

Las bases de datos que han sido mencionadas en el apartado de diseño para su análisis por el equipo investigador, han sido solicitadas a los responsables de las instituciones correspondientes. En ningún caso, las bases de datos, contenían datos nominales o variables de identificación individual.

Para el estudio de los demás apartados se han utilizado cuestionarios (validados /adaptados) con los contenidos especificados en el apartado de diseño.

Tanto en la recogida como en el análisis de los datos se han respetado las normas de confidencialidad exigidas.

3.7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La limitación más importante viene condicionada por el nivel de desarrollo de los sistemas de información y la segmentación entre el ámbito social y sanitario que dificulta la integración de los sistemas de información.

4. MODELO ACTUAL DE ATENCIÓN A LAS
PERSONAS MAYORES CON PATOLOGÍA
CRÓNICA EN LA COMUNIDAD
AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO (C.A.P.V.)

A. Atención Primaria

El Real decreto de 1995 sobre ordenaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, en su anexo I, contempla la atención al adulto y al anciano, que comprende:

- a) Las vacunaciones recomendadas en los programas del Plan de salud.
- b) La detección de factores de riesgo, cuando existan medidas eficaces para eliminarlos o reducirlos.
- c) La educación, atención y asistencia sanitaria de enfermos afectados de enfermedades crónicas.
- d) La atención a los problemas específicos de salud de la tercera edad.
- e) La atención domiciliaria a pacientes inmovilizados y terminales.

De forma general en este nivel asistencial se atenderá de forma integral, permanente y continuada a toda la población con necesidades sanitarias de nivel ambulatorio o domiciliario. Incluye actividades de prevención primaria, secundaria y terciaria.

B. Nivel hospitalario

El ingreso hospitalario se produce cuando existe, a criterio médico, una necesidad de tratar prolongada e ininterrumpidamente a determinados enfermos en sus momentos más críticos, requiriendo una monitorización médica y/o de enfermería continuada que no puede ser realizado por parte de Atención primaria.

La adecuación entre el perfil del paciente y el recurso a ofertar definirá el nivel asistencial de ingreso:

B. 1. Hospital de agudos

Se consideran ingresos urgentes y se corresponden con pacientes que requieren medios diagnósticos y/o terapéuticos de tipo hospitalario. Se diferencian los siguientes perfiles:

- **Perfil Básico Médico-Quirúrgico:** especialidades médicas y quirúrgicas que constituyen la cartera de servicios de un hospital comarcal.

- **Perfil especialidad de referencia:** servicios clínicos que dan respuesta a la demanda, como mínimo, del Área sanitaria de Gipuzkoa y caracterizados por la necesidad de utilización de alta tecnología de pruebas diagnósticas y terapéuticas.
- **Perfil asistencial psiquiátrica de agudos**
- **Monográficos como Instituto Oncológico**

B. 2. Hospitalización media estancia

Son ingresos programados que se producen como consecuencia de una modificación en el nivel de cuidados del paciente y con un objetivo clínico alcanzable en un razonable periodo de tiempo.

En este nivel asistencial existe una gran diversidad de definiciones y objetivos a alcanzar que varían según el modelo sanitario. Algunos consideran la media estancia como un hospital de rehabilitación, otros incluyen en media estancia los servicios de cuidados paliativos. Habitualmente el paciente procede de una planta de hospitalización de agudos y de forma menos frecuente desde el domicilio. Se definen los siguientes perfiles:

- **Paliativo:** paciente diagnosticado de una enfermedad terminal, con un pronóstico de vida de 6 meses y cuyas necesidades prioritarias son: el apoyo psicológico, el control de síntomas y el apoyo social y espiritual.
- **Rehabilitación Hospitalaria:** se trata de pacientes que requieren un tratamiento rehabilitador integral por presentar una discapacidad importante a consecuencia de procesos patológicos agudos de índole neurológica, traumática y ortopédica fundamentalmente.
- **Convalecencia:** son pacientes que tras superar la fase aguda de su enfermedad, requieren una continuidad de sus cuidados médicos y/o de enfermería no asumibles en otros ámbitos o niveles asistenciales.

Los criterios para la valoración del paciente candidato son:

- **Discapacidad funcional importante** por las deficiencias consecutivas a un proceso agudo ya estabilizado.

- Expectativa de mejoría en un período de tiempo predecible y razonable.
- La intensidad del tratamiento no permite su realización en régimen ambulatorio.
- La situación clínica del paciente precisa de control médico y de enfermería continuado.

B. 3. Hospitalización a domicilio

Se encuentra incluido dentro del nivel asistencial de hospitalización y supone una alternativa de la hospitalización convencional. Son por tanto servicios dependientes del hospital de agudos capaces de realizar técnicas y procedimientos propios de hospital. De forma general realizan una continuidad de cuidados tras el alta precoz hospitalaria convencional.

En los últimos años la actividad relacionada con procesos quirúrgicos ha dejado de ser predominante, habiendo adquirido mayor peso la actividad relacionada con la patología médica (67,7% del total el año 2005 en Gipuzkoa). Considerada como patología médica es de destacar la actividad relacionada con los tratamientos antibióticos intravenosos en domicilio (TAID) que representa el 42,4% de la actividad relacionada con patología médica.

En el caso de Gipuzkoa analizando la actividad desarrollada en los últimos cinco años y a pesar de que la hospitalización a domicilio podría ser una alternativa atractiva como dispositivo para evitar el riesgo de complicaciones y deterioro funcional derivado de la hospitalización en el paciente mayor, quizás no constituye una alternativa eficaz a la hospitalización convencional puesto que con frecuencia los criterios de exclusión de pacientes a estos programas coinciden con los criterios de fragilidad del anciano.

B. 4. Hospital de día

Es un puente entre los cuidados hospitalarios y los comunitarios y deben diferenciarse de los Centros de día. Es decir, el Hospital de día es un recurso sanitario y el Centro de día es un recurso de índole social y/o sociosanitaria.

Los beneficios de este recurso asistencial para pacientes atendidos para recuperación funcional han sido descritos en diferentes trabajos.

Este recurso, entendido como hospital de día geriátrico, no se encuentra implantado en la CAPV. Sin embargo, existe hospital de día médico quirúrgico para algunas especialidades como la oncología médica y oftalmología.

C. Nivel sociosanitario

Se define la red de atención sociosanitaria como el conjunto de recursos destinados a la atención social y sanitaria de personas dependientes. Su objetivo es el desarrollo de un nuevo espacio «sociosanitario» para la gestión coordinada de recursos sanitarios y sociales. La financiación de este recurso es compartida por el sistema sanitario y el social y a partir del día 31 de estancia, también, por el paciente según su nivel de renta.

Incluye diferentes servicios: centros de día para enfermos mentales crónicos, centros de atención de sida y centro sociosanitario como el de la Cruz Roja en Gipuzkoa.

La tipología de pacientes es la siguiente: pacientes geriátricos; enfermos mentales crónicos, pacientes con grandes minusvalías, pacientes terminales, personas con enfermedades crónicas evolucionadas en situación de dependencia y personas en situación de precariedad social con problema sanitario.

C. 1. Centro sociosanitario-Cruz Roja en Gipuzkoa

Se trata de un centro único en la Comunidad y al que se derivan pacientes programados, cuya situación previa de equilibrio, necesidades y capacidad de cubrirlas, se ve modificada, la mayoría de las veces, tras un ingreso hospitalario, perdiendo su autonomía o el control sobre sí mismo o sus circunstancias, y presenta una problemática de retorno al domicilio. Nos encontramos ante pacientes en los que coinciden en el tiempo una problemática sanitaria y social de retorno al domicilio.

4.1. ASISTENCIA SANITARIA: OFERTA DE SERVICIOS SANITARIOS Y PERFIL DE USUARIOS

Para el análisis de la oferta de servicios sanitarios se ha tenido en cuenta el catálogo descrito en la

página WEB del Departamento de Sanidad (actualizado a 13/11/2006) y en los informes mensuales de actividad hospitalaria de Osakidetza.

En la tabla 1 se describen los servicios sanitarios que existen actualmente en la C.A.P.V.

Tabla 1. Distribución de los servicios asistenciales públicos y concertados según Territorio y la C.A.P.V. 2006

	Gipuzkoa	Bizkaia	Araba	C.A.P.V.
Nº centros de salud; ambulatorios y consultorios	78	166	59	303
• Nº de centros de salud	53	70	23	146
• Nº de ambulatorios	1	5	-	6
• Nº de consultorios	24	91	36	151
Nº de hospitales de agudos públicos	5	4	2	11
Nº de hospitales de agudos concertados	6	4	2	12
Nº de Hospitales de media-larga estancia públicos	1	2	1	4
Nº de Hospitales de media-larga estancia concertados	1	-	1	2
Nº servicios de hospitalización a domicilio	1	3	2	6
Nº camas en hospitales públicos de agudos	1.476	2.083	710	4.269
Nº camas en hospitales concertados de agudos	526	269	110	905
Nº de camas de media-larga estancia públicas	87	319	110	475
Nº de camas de media-larga estancia concertadas	103	-	35	138
Nº de centros de salud mental extrahospitalaria	12	20	5	37
Nº de servicios de psiquiatría hospital de agudos	1	3	1	5
Hospitales psiquiátricos de media-larga estancia	3*	3	1	7

* concertados

4.1.1. Atención Primaria

La actividad desarrollada por los profesionales de Atención Primaria tanto en el domicilio como en el propio centro se presenta en la tabla 2. En

el análisis se han considerado como consultas cada una de las citas que se recogen en el programa OSABIDE y que corresponden con los años 2005 y 2006.

Tabla 2. Nº de consultas realizadas por los médicos de familia y enfermería de Atención Primaria según grupo de edad y localización de la visita. C.A.P.V. 2005-2006

	2005		2006	
	En el centro	En domicilio	En el centro	En domicilio
MEDICINA				
14-64 años	5.326.321	40.574	5.455.046	35.653
≥ 65 años	2.367.537	124.151	2.446.008	118.577
TOTAL	7.693.858	164.725	7.901.054	154.230
ENFERMERÍA				
14-64 años	3.074.313	89.005	3.199.956	94.856
≥ 65 años	2.763.712	302.261	2.885.026	333.608
TOTAL	5.838.025	391.266	6.084.982	428.464

La actividad específica realizada por los médicos a las personas mayores según grupos de edad se describe en la tabla 3. El incremento observado en las tasas en las consultas realizadas en el centro es muy importante. En el periodo 2005-2006 (periodo del que se disponen datos validados) se observa un incremento anual del 10,6% en el

número de consultas en los mayores de 84 años y un incremento del 6,6% en el grupo de edad 75-84 años en las consultas realizadas en el propio centro. El incremento observado para el conjunto de la población ha sido del 3,3%. Por el contrario en las consultas realizadas en domicilio se observa una reducción del 4,5%.

Tabla 3. N° de consultas realizadas por el medico de familia de Atención Primaria y tasas (10³ hba.) según grupo de edad y localización de la visita. C.A.P.V. 2005

	2005			2006		
	65-74 años	75-84 años	≥ 85 años	65-74 años	75-84 años	≥ 85 años
Consultas en el Centro de salud						
• N°	1.120.573	961.142	285.822	1.105.141	1.024.751	316.195
• Tasa	5.432,0	6.877,7	6.925,3	5.386,7	7.068,0	7.329,5
Consultas en domicilio						
• N°	19.248	49.462	55.440	16.532	47.070	54.957
• Tasa	93,3	353,9	1.343,3	80,6	324,7	1273,9

Fuente: OSABIDE

La actividad desarrollada por enfermería de Atención Primaria tanto en el domicilio como en el propio centro se describe en la tabla 4. El incremento observado en las tasas en las consultas realizadas en el centro es de 4,3%, el incre-

mento en las consultas a domicilio es muy importante 10,4%. Este incremento lo mismo que en el caso de los médicos se observa sobre todo en las consultas realizadas a las personas mayores de 74 años.

Tabla 4. N° de consultas realizadas por enfermería de Atención Primaria y tasas (10³ hba.) según grupo de edad y localización de la visita. C.A.P.V. 2005

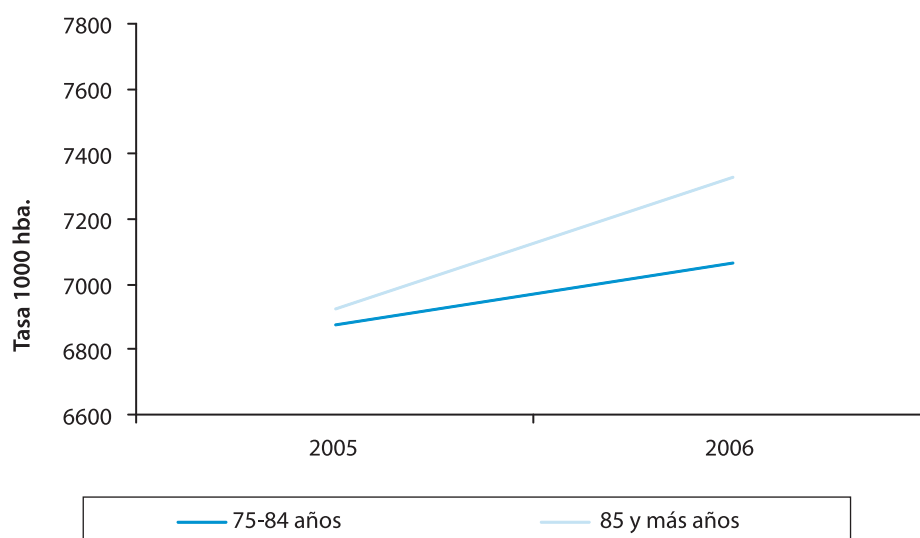
	2005			2006		
	65-74 años	75-84 años	≥ 85 años	65-74 años	75-84 años	> 85 años
Consultas en el Centro de salud						
• N°	1.244.239	1.162.806	355.892	1.247.082	1.247.624	388.048
• Tasa	6.031,5	8.320,8	8.623,1	6.078,5	8.605,3	8.995,1
Consultas en domicilio						
• N°	50.089	126.743	125.432	49.823	137.902	145.873
• Tasa	242,8	906,9	3.039,2	242,9	951,2	3.381,4

Fuente: OSABIDE

En la gráfica 1 puede observarse la tendencia en las tasas de consultas médicas realizadas en el centro de salud por los médicos de atención pri-

maria en los pacientes de 75-84 años y en los mayores de 84 años.

Gráfica 1. Evolución de las tasas (10³ hba.) de consulta médica en el centro de salud según grupo de edad y año



Fuente: OSABIDE

4.1.2. Urgencias Hospitalarias

En la tabla 5 se describe la actividad realizada en los servicios de urgencias de los hospitales de agudos de Osakidetza. Es de destacar el incre-

mento observado en el número de urgencias atendidas en el periodo (31,6%) y el descenso experimentado en el porcentaje de urgencias ingresadas.

Tabla 5. Evolución de las urgencias hospitalarias. Osakidetza 1996-2005

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Nº de Urgencias	689.938	716.467	736.792	775.338	803.505	839.419	870.266	900.352	902.162	908.253
Urgencias ingresadas	102.703	102.591	105.019	109.147	111.273	113.346	117.231	118.900	121.782	125.613
% Urgencias ingresadas	14,9	14,3	14,3	14,1	13,8	13,5	13,5	13,2	13,5	13,8
Presión de urgencias	56,7	56,5	56,1	56,4	56,4	55,7	57,1	56,6	56,8	58,9

Fuente: Informes de actividad de Osakidetza. CMBD 1996 y ExploGRD 1997-2005

Si nos referimos a las urgencias atendidas en el Hospital Donostia en Gipuzkoa podemos observar que algo más de una quinta parte (21,4%) de

las urgencias se realizan a personas mayores de 64 años (tabla 6).

Tabla 6. Pacientes atendidos según grupo de edad y sexo en el Servicio de Urgencias del Hospital Donostia. 2006

	Hombres	Mujeres	Total
	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)
Total urgencias	70.138 (100)	69.401 (100)	139.539 (100)
Urgencias < 65 años	55.638 (79,3)	52.205 (75,2)	109.703 (78,6)
Urgencias ≥ 65 años	14.499 (20,7)	17.196 (24,8)	29.836 (21,4)

En la tabla 7 se describen las urgencias realizadas y las ingresadas que tienen como diagnóstico principal los procesos crónicos de EPOC e Insuficiencia cardiaca congestiva en pacientes mayores de 64 años. Alrededor de una de cada 7

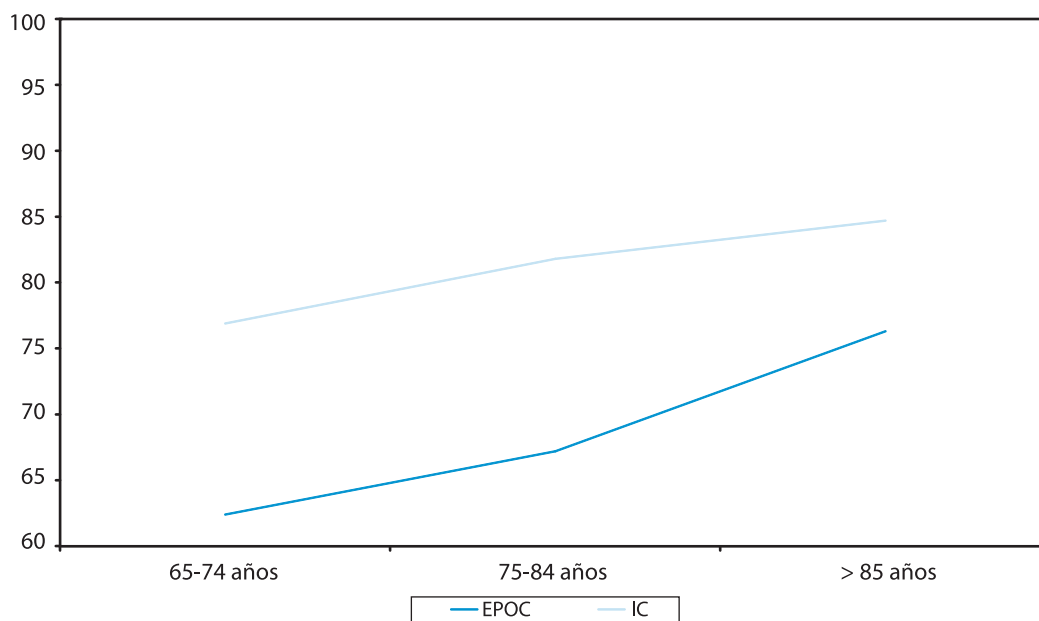
EPOCs atendidas en urgencias y una de cada 8 IC es ingresada en un hospital de agudos.

La tasa de ingresos incrementa según aumenta la edad (gráfica 2).

Tabla 7. **Pacientes > de 65 años ingresados desde urgencias del Hospital Donostia según diagnóstico principal. 2006**

		Hombres	Mujeres	Total
		Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)
EPOC	Nº de urgencias	317 (100)	98 (100)	415 (100)
	Ingresos	212 (66,9)	68 (69,4)	280 (67,5)
IC	Nº de urgencias	453 (100)	504 (100)	957 (100)
	Ingresos	367 (81,0)	417 (82,7)	784 (81,9)

Gráfica 2. **Tasa de ingresos en hospital de agudos desde urgencias en pacientes mayores de 64 años según grupo de edad**



4.1.3. Hospitalización agudos

En la tabla 8 se describen el número de casos y tasas de hospitalización observados en el periodo 1996 – 2005 para pacientes mayores y meno-

res de 65 años. Se observan incrementos tanto en las altas médicas como en las quirúrgicas excepto en las altas quirúrgicas en menores de 65 años.

Tabla 8. Evolución del nº de altas y tasas de hospitalización (10³ hba.) en hospitales de agudos según tipo de GDR (Médico / quirúrgico) y grupo de edad. C.A.P.V. 1996-2005

< 65 años	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Alta Médicas	50.060	63.084	62.326	63.482	64.686	64.552	65.513	65.835	67.265	68.311
Tasa Altas Médicas	28,2	36,1	35,5	36,3	37,7	37,3	37,9	38,1	38,9	39,3
Altas Quirúrgicas	65.000	50.091	50.838	51.166	52.254	53.824	52.600	55.365	55.138	51.383
Tasa Altas Quirúrgicas	36,6	28,6	29,0	29,3	30,5	31,1	30,4	32,0	31,9	29,6
≥ 65 años										
Alta Médicas	38.756	39.639	43.134	45.975	47.114	48.415	50.798	51.742	53.374	56.577
Tasa Altas Médicas	120,4	117,0	125,8	130,0	128,8	130,7	134,1	134,8	138,3	146,1
Altas Quirúrgicas	26.401	26.944	29.665	32.013	32.976	35.665	35.898	36.557	38.134	36.802
Tasa Altas Quirúrgicas	82,0	79,5	86,5	90,5	90,2	96,3	94,7	95,3	98,8	95,0

Fuente: CMBD 1996 y ExploGRD 1997-2005

En los 10 años y en las personas mayores de 64 años, se observa un incremento del 46% en el número de altas médicas y de 39,4% en el número de altas quirúrgicas. En el caso de los menores de 65 años el incremento observado en el periodo en las altas médicas es del 36,5% y un descenso en las altas quirúrgicas del 21%.

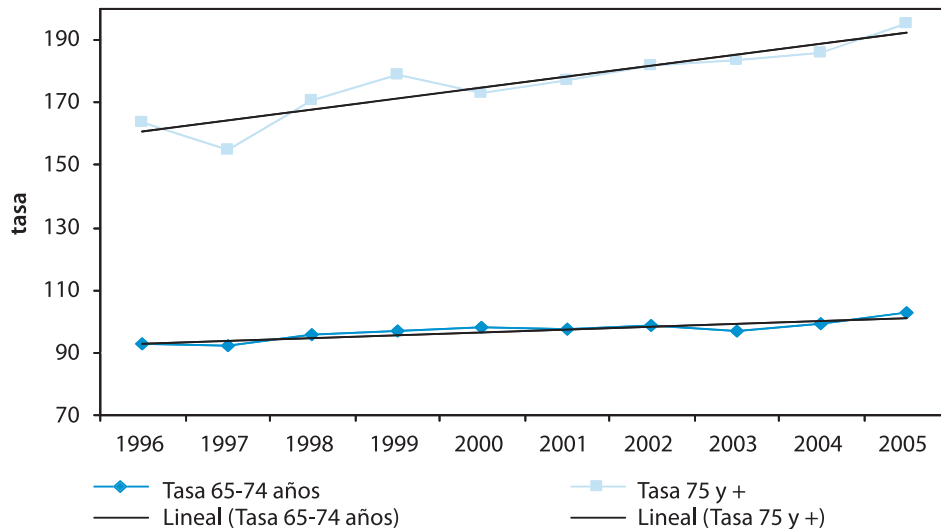
El análisis por grupos de edad en los mayores de 64 años (Tabla 9) refleja un incremento en las tasas de altas médicas de 10 puntos (92,7 – 102,7) en las altas médicas en población de 65-74 años y de 32,1 puntos (163,4 – 195,5) en los mayores de 74 años (Gráfica 3). Estos incrementos en las tasas de altas quirúrgicas son del orden de 8,6 y 15,9 puntos respectivamente.

Tabla 9. Evolución del nº de altas y tasas de hospitalización (10³ hba.) en Hospital de Agudos según grupo de edad y tipo de GDR (médico / quirúrgico) en pacientes ≥ 65 años. C.A.P.V. 1996-2005

65 - 74 años	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Alta Médicas	18.164	18.814	19.737	20.505	20.960	21.033	21.505	21.006	20.978	21.179
Tasa Altas Médicas	92,7	92,1	95,9	97,0	97,8	97,5	98,8	97,2	99,1	102,7
Altas Quirúrgicas	15.039	15.074	16.451	17.454	17.724	18.846	18.697	18.863	19.085	17.592
Tasa Altas Quirúrgicas	76,7	73,8	80,0	82,6	82,7	87,4	85,9	87,3	90,2	85,3
≥ 75 años										
Alta Médicas	20.592	20.825	23.397	25.470	26.154	27.382	29.293	30.736	32.396	35.398
Tasa Altas Médicas	163,4	154,8	170,8	179,0	172,8	177,1	181,6	183,4	185,9	195,5
Altas Quirúrgicas	11.362	11.870	13.214	14.559	15.252	16.819	17.201	17.694	19.049	19.210
Tasa Altas Quirúrgicas	90,2	88,2	96,4	102,3	100,8	108,8	106,7	105,6	109,3	106,1

Fuente: CMBD 1996 y ExploGRD 1997-2005

Gráfica 3. Evolución y tendencia de las tasas de altas médicas en los hospitales de agudos de Osakidetza, 1996-2005



En la tabla 10 se describen los diagnósticos médicos (Diag1) más frecuentes que presentan estos pacientes al alta. Existe gran diversidad en los diagnósticos principales y sólo la bronquitis

crónica (EPOC) y la insuficiencia cardiaca constituyen los dos diagnósticos médicos con una prevalencia superior al 5%.

Tabla 10. Diagnósticos médicos más frecuentes y tasas de hospitalización (10³ hba.) de las altas médicas en hospitales de agudos en ambos sexos según grupo de edad. C.A.P.V. 2005

CIE	Descripción	65 - 74 años			≥ 75 años		
		Nº de altas	Estancia media	Tasa 10 ³ hba.	Nº de altas	Estancia media	Tasa 10 ³ hba.
491	Bronquitis crónica	1.213	8,36	5,88	2.034	8,75	11,24
428	Insuficiencia cardiaca	763	8,57	3,70	2.374	8,27	13,11
427	Disritmias cardiacas	738	5,25	3,58	1.014	6,59	5,60
486	Neumonía, organismo no especificado	722	8,18	3,50	1.567	8,18	8,66
780	Síntomas generales	550	6,07	2,67	972	6,13	5,37
519	Otras enfermedades del aparato respiratorio	463	7,73	2,24	1.232	7,75	6,81
434	Oclusión de arterias cerebrales	514	8,65	2,49	1.123	8,61	6,20

Fuente: ExploGRD 2005

Entre los indicadores relacionados con la actividad en hospitales de agudos llama la atención el incremento en la tasa de mortalidad observado

según grupo de edad, dicha tasa de mortalidad se triplica en los mayores de 84 años respecto al observado en el grupo de 65-74 años (tabla 11).

Tabla 11. Nº de altas médicas, estancia media, tasa de reingresos (%) y tasa de mortalidad (%) en hospitales de agudos según grupo de edad. C.A.P.V. 2005

Altas médicas	65-69 años	70-74 años	75-79 años	80-84 años	≥ 85 años
Nº	8.175	12.504	13.666	11.489	10.041
Estancia media (días)	7,91	8,17	8,30	8,32	7,91
Tasa reingresos (%)	1,33	1,35	1,34	1,33	1,30
Tasa de mortalidad (%)	4,8	5,6	7,0	9,2	13,9

Fuente: ExploGRD 2005

En la tabla 12 se describe la evolución en el número de altas según grupo de edad de algunos de los diagnósticos más prevalentes (bronquitis crónica, EPOC e insuficiencia cardiaca), referentes a los pacientes mayores ingresados en los hospitales de agudos de Osakidetza en el periodo de estudio. La tasa observada según grupo de edad es doble en el caso de la bronquitis crónica

y la EPOC en todos los años y triple en el caso de la insuficiencia cardiaca entre los grupos de edad 65-74 años y mayores de 74 años. A lo largo del periodo la tasa se ha multiplicado por 1,6 en el caso de la bronquitis crónica y la EPOC, en cambio, ha permanecido constante en el caso de la insuficiencia cardiaca.

Tabla 12. N° de altas médicas, estancia media, tasa 10³ hab. en hospitales de agudos de Osakidetza según grupo de edad. C.A.P.V. 1996-2005

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Bronquitis Crónica (CIE: 491)										
65 - 74 años										
N° de Altas	698	721	1.018	1.166	1.184	1.137	1.201	1.185	1.137	1.222
Tasa 10 ³ hab.	3,6	3,5	4,9	5,5	5,5	5,3	5,5	5,5	5,4	5,9
Estancia media	8,81	8,93	8,70	8,59	8,67	8,22	8,54	8,08	8,07	8,57
75 y + años										
N° de Altas	915	896	1.370	1.727	1.561	1.478	1.857	1.787	1.868	2.051
Tasa 10 ³ hab.	7,3	6,7	10,0	12,1	10,3	9,6	11,5	10,7	10,7	11,3
Estancia media	9,20	8,95	8,75	8,59	8,92	8,81	8,62	8,29	8,26	8,86
EPOC (CIE: 491.21)										
65 - 74 años										
N° de Altas	671	677	983	1.135	1.166	1.121	1.184	1.176	1.126	1.213
Tasa 10 ³ hab.	3,4	3,3	4,8	5,4	5,4	5,2	5,4	5,4	5,3	5,9
Estancia media	8,76	9,01	8,71	8,55	8,64	8,16	8,51	8,06	8,07	8,58
75 y + años										
N° de Altas	886	859	1.335	1.680	1.543	1.462	1.835	1.760	1.852	2.035
Tasa 10 ³ hab.	7,0	6,4	9,7	11,8	10,2	9,5	11,4	10,5	10,6	11,2
Estancia media	9,18	8,86	8,78	8,63	8,92	8,82	8,61	8,27	8,29	8,88
Insuficiencia Cardiaca (CIE: 428)										
65 - 74 años										
N° de Altas	850	742	893	833	803	805	842	845	820	791
Tasa 10 ³ hab.	4,3	3,6	4,3	3,9	3,7	3,7	3,9	3,9	3,9	3,8
Estancia media	9,25	8,55	8,63	8,35	9,02	9,67	8,66	8,83	8,80	9,09
75 y + años										
N° de Altas	1.552	1.495	1.812	1.821	1.758	1.982	2.093	2.063	2.345	2.411
Tasa 10 ³ hab.	12,3	11,1	13,2	12,8	11,6	12,8	13,0	12,3	13,5	13,3
Estancia media	8,22	8,20	8,38	8,14	8,37	8,19	8,12	8,17	8,16	8,39

Fuente: CMBD 1996 y Explogrd 1997 - 2005

4.1.4. Hospitalización media estancia

Para el conjunto del periodo estudiado (tabla 13 y gráfica 4) y en las personas mayores de 64 años, se observa un incremento del 160% en el número de altas de convalencia y de 67,5% en el número de rehabilitación.

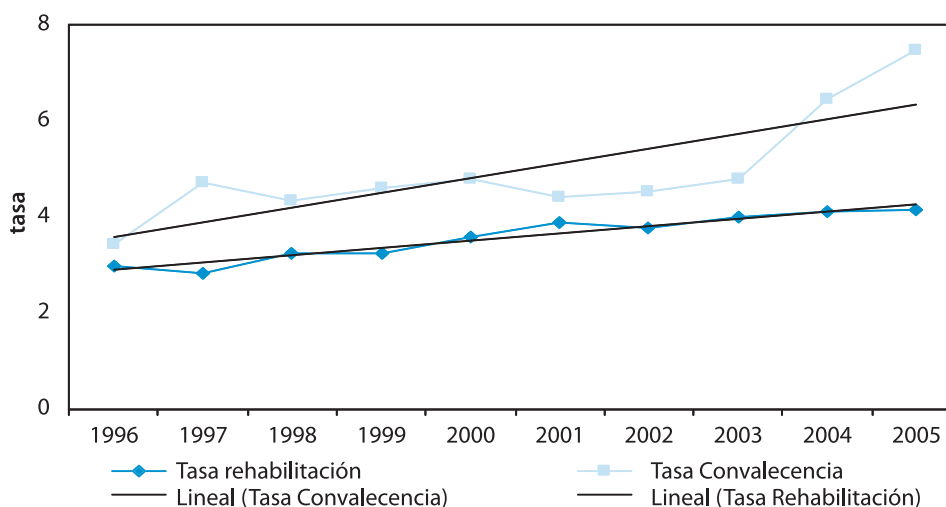
Este incremento observado es sobre todo debido a los ingresos en mayores de 74 años, en los que se ha multiplicado por tres el número de altas de convalencia y por dos las altas de rehabilitación, lo que provoca que la tasa de convalencia en mayores de 74 años se haya multiplicado por 2,3 y en menores de 75 años por 1,3.

Tabla 13. Evolución del nº de altas y tasas de hospitalización (10³ hba.) en hospitales de media estancia (ME) según tipo de alta y grupo de edad en pacientes ≥ 65 años. C.A.P.V. 1996-2005

65 - 74 años	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Convalencia (nº)	362	498	438	430	420	417	418	372	459	473
Tasa Convalencia	1,8	2,4	2,1	2,0	2,0	1,9	1,9	1,7	2,2	2,3
Rehabilitación (nº)	403	421	512	507	554	648	620	698	649	602
Tasa Rehabilitación	2,1	2,1	2,5	2,4	2,6	3,0	2,8	3,2	3,1	2,9
≥ 75 años										
Convalencia (nº)	747	1.098	1.045	1.194	1.337	1.222	1.300	1.468	2.037	2.416
Tasa Convalencia	5,9	8,2	7,6	8,4	8,8	7,9	8,1	8,8	11,7	13,3
Rehabilitación (nº)	556	539	600	639	754	787	804	841	940	1.005
Tasa Rehabilitación	4,4	4,0	4,4	4,5	5,0	5,1	5,0	5,0	5,4	5,6

Fuente: CMBD 1996 y ExploGRD 1997-2005

Gráfica 4. Evolución de las tasas de hospitalización para convalencia (10³ hba) en hospitales de media estancia según grupo de edad y tipo de estancia) en personas ≥ 65 años



En la tabla 14 se describen algunos de los indicadores de actividad relacionados con la media estancia en el año 2005, en la misma es de des-

taar el incremento en las tasas de mortalidad observadas según aumenta la edad.

Tabla 14. N° de altas, estancia media y tasa de mortalidad en hospitales de media estancia según grupo de edad y servicio al alta (Rehabilitación/Convalecencia). C.A.P.V. 2005

	65-69 años	70-74 años	75-79 años	80-84 años	≥ 85 años
Altas convalecencia					
Nº de altas	124	349	538	708	1.170
Estancia media (días)	44,33	58,13	40,74	25,74	27,18
Tasa de mortalidad (%)	28,23	32,09	24,91	30,93	34,36
Altas rehabilitación					
Nº de altas	226	376	489	313	203
Estancia media (días)	30,08	31,41	36,31	39,62	40,68
Tasa de mortalidad (%)	–	2,66	3,27	5,75	6,40

Fuente: ExploGRD y CMBD 2005

4.2. ASISTENCIA SOCIAL: OFERTA DE SERVICIOS SOCIALES Y SOCIO SANITARIOS Y PERFIL DE LOS USUARIOS

Unos de los rasgos diferenciales del sistema de protección social respecto del de asistencia sanitaria, es que mientras el segundo proporciona cobertura universal y gratuita garantizada por ley, en el caso de los servicios sociales no ha existido una norma básica que garantizara el derecho a la prestación social, siendo la mayor parte de los servicios sociales graciables, y por tanto sujetas a prioridades, disponibilidad de recursos, características del entorno familiar y capacidad de renta de las personas necesitadas. La aprobación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia y su desarrollo gradual, supondrá un cambio en la provisión de servicios sociales, ya que genera por primera vez un derecho subjetivo para todas las personas en situación de dependencia.

Actualmente, tal como establece la ley de Territorio Histórico, (TH), cada territorio tiene competencias en la provisión de estos servicios y define sus propios criterios para la gestión de los mismos. Los servicios sociales municipales y forales son los responsables de la oferta de las prestaciones dirigidas al cuidado personal e instrumental no sanitario, así como de los servicios de hostelería y apoyo necesarios para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, las relaciones sociales e interpersonales.

El Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco plantea para el año 2008 un proyecto de Ley de Servicios Sociales «común» para Euskadi, basado en el reconocimiento subjetivo y universal al acceso a estos recursos, lo

que contribuirá a homogeneizar los recursos disponibles y los mecanismos de provisión.

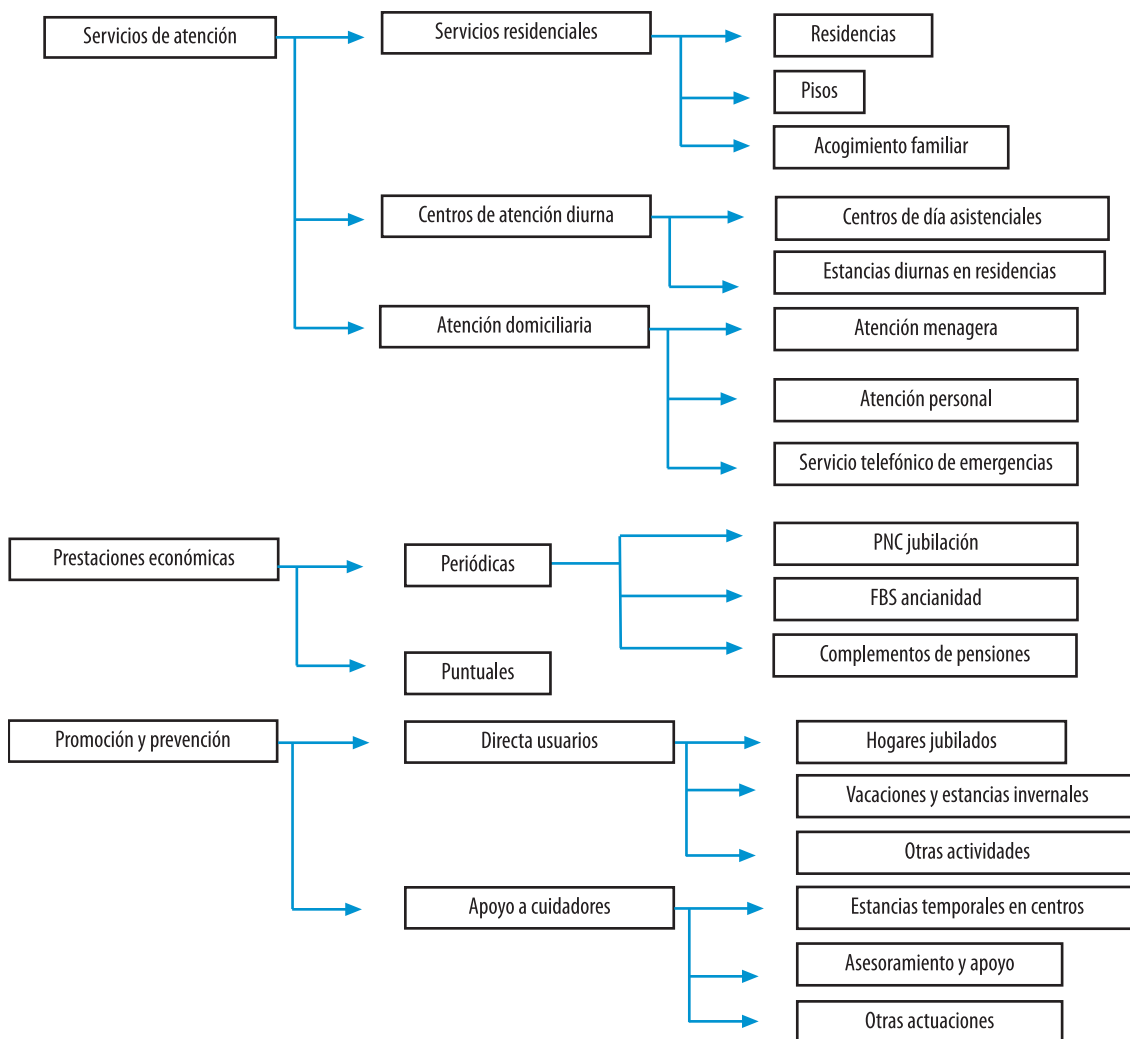
Tipos de servicios y prestaciones destinadas a personas mayores

Tal como recoge la Ley 5/96 los servicios sociales se estructuran en dos niveles, los servicios sociales de base y los servicios especializados. Los servicios sociales de base constituyen las unidades básicas del sistema y se dirigen a toda la población; se trata de unidades polivalentes y multidisciplinares de actuación, que tienen como objetivo central el desarrollo de la acción comunitaria, mediante la coordinación y gestión del acceso a las diversas instancias del sistema. Los servicios especializados están integrados por todos aquellos programas, centros, servicios y prestaciones que, dentro del ámbito de los servicios sociales, no están encomendados a los servicios sociales de base.

El documento «QUINTO INFORME SOBRE LA SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES EN LA CAPV AÑO 2003» elaborado por el Consejo Vasco de Bienestar Social, clasifica los servicios y prestaciones sociales destinados a las personas mayores en tres grandes categorías (figura 1):

- Servicios que implican una atención directa al usuario destinada a compensar o paliar algún tipo de discapacidad.
- Prestaciones económicas que tienen por objeto garantizar unas condiciones materiales de vida socialmente aceptables.
- Programas y servicios dedicados a evitar el aislamiento y la marginación de estas personas, prevenir la aparición de discapacidades y promover su calidad de vida.

Figura 1. Esquema de servicios sociales para personas mayores



Fuente: Consejo Vasco de Bienestar Social. 2006

Partiendo de los datos proporcionados por el informe del Consejo Vasco de Bienestar Social, la oferta de los servicios de atención (Servicios residenciales, Centros de atención diurna y aten-

ción domiciliaria) ofertados en la CAPV y sus Territorios Históricos en el año 2003 era la que se recoge en la tabla 15.

Tabla 15. Número de plazas y cobertura según tipo de servicios por TH, 2003

	Plazas en centros de día					Plazas en residencias para mayores				
	Públicos	Privados Subvenc.	Privados	Total	Cobertura (%)	Públicos	Privados Subvenc.	Privados	Total	Cobertura (%)
Araba	364	15	60	439	9,2	1.193	665	523	2381	5,0
Bizkaia	345	235	102	682	3,2	1.474	4.688	565	6.729	3,2
Gipuzkoa	428	203	74	708	5,8	2.742	1.359	1.0	4.204	3,4
CAPV	1.137	456	236	1.829	4,8	5.409	6.712	1.191	13.312	3,5

Fuente: Consejo Vasco de Bienestar Social. 2006

Características de los usuarios en el TH de Gipuzkoa

A efectos de analizar la oferta de servicios sociales y sociosanitarios y las características de los usuarios, se ha tenido en cuenta los datos aportados por la Diputación Foral de Gipuzkoa para el año 2005 y por la Comisión de Valoración y Orientación Sociosanitaria para los datos de 2005 y 2006 del Centro Cruz Roja de Gipuzkoa.

Los datos referidos a Bizkaia y Araba no se han podido obtener para este informe; y entendemos que los rasgos de los usuarios descritos en Gipuzkoa pueden ser extensivos a los otros dos TH.

Las prestaciones de los Servicios Sociales se han agrupado en los siguientes seis grupos:

- a.- Servicios de Ayuda a Domicilio
- b.- Centros de día (CAD)
- c.- Centros residenciales
- d.- Viviendas tuteladas
- e.- Familias de acogida
- f.- Atención Sociosanitaria: Centro Cruz Roja y Atención Domiciliaria Sociosanitaria.

Los datos sobre los recursos disponibles corresponden al año 2005 al igual que las características de los usuarios.

a) Servicios de Ayuda Domiciliaria: Gipuzkoa dispone durante el año 2005 de SAD en 88 municipios, atendiendo durante ese año a un total de 5.737 personas.

Del total de usuarios, el 75,3% fueron mujeres y el restante 24,7% hombres. La mayoría del SAD fue prestado a población mayor de 65 años (91,3%) y entre estos especialmente a los mayores de 80 años (67,1%).

En relación al grado de dependencia y de acuerdo con la escala de valoración Sakontzen utilizada por la Diputación Foral de Gipuzkoa (DFG), más de la mitad de las personas atendidas presentaban algún grado de dependencia (54%), frente a un 46% de personas autónomas. Entre los usuarios dependientes, el 59% fueron definidos como muy dependientes en relación a la escala de valoración mencionada, categoría que agrupa a las personas con nece-

sidad de apoyo constante en ABVD, en el control de esfínteres, en movilidad, y que presentan deterioro cognitivo grave y problemas de salud importantes por su diagnóstico, tratamiento o cuidados.

En relación a la financiación y de acuerdo al Decreto de ámbito autonómico que lo regula, los usuarios autónomos son de competencia municipal.

b) Centros de Día: Gipuzkoa dispone de un total de 1.317 plazas autorizadas de Centros de Día entre centros concertados, no concertados y propios. Del total de plazas 1.067 son plazas propias de la Diputación Foral, o plazas concertadas, ofertadas en 51 centros, ubicados en 32 municipios y que durante el año 2005 presentaron una ocupación de 83,97%.

Las otras 250 plazas son plazas de titularidad municipal o privada.

Las 1.067 plazas financiadas por la Diputación Foral, atendieron en servicio de lunes a viernes a un total de 896 personas. Todas ellas mayores de 65 años y en relación a la escala Sakontzen de Dependencia el (35,3%) dependientes y el (64,7%) muy dependientes.

Los CAD atendieron además a un total de 452 personas en servicio de fin de semana.

Los Centros de Día pueden prestar atención a personas autónomas, en cuyo caso la financiación es privada o municipal. En este informe no se han incluido las estadísticas correspondientes a estos usuarios.

c) Centros Residenciales:

- *Plazas residenciales de Estancia Permanente*
El total de plazas autorizadas en Gipuzkoa es de 4.712 plazas en 65 centros. De estas plazas la DFG gestiona de forma directa ó indirecta 491 plazas en 4 de estos centros, y son concertadas 3.991 plazas. A estas plazas pueden acceder usuarios mayores de 65 años dependientes.

Del total de plazas autorizadas 150 son privadas.

Durante el año 2005 ocuparon plaza residencial un total de 3.512 personas en Gipuzkoa.

De estas 3.512 personas el 70,8% fueron mujeres y el 29,2% hombres.

Respecto al grado de Dependencia: autónomos el 5,3%, dependientes el 20,5% y muy dependientes al 74,2%.

- *Plazas Residenciales en Estancia Temporal:* 758 personas de 54 municipios realizaron estancias temporales en estos centros durante el 2005, dando así respuesta a otro programa de apoyo a la permanencia de personas dependientes en su domicilio.

Las estadísticas de las personas autónomas ocupando plaza residenciales y financiadas de forma privada o municipal no han sido incluidas en este informe.

- d) **Viviendas Tuteladas:** Constituyen centros alternativos al domicilio, y en el caso de Gipuzkoa las 17 viviendas disponibles están ubicados en 15 municipios de la provincia y financiados por los Ayuntamientos correspondientes. Durante 2005 atendieron a 189 personas, predominantemente hombres (57%) y autónomos (83%).
- e) **Familias de Acogida:** Constituyen también un modelo alternativo al domicilio que favorece la permanencia de las personas dependientes en su entorno habitual. En Gipuzkoa, un total de 26 personas de 19 municipios residieron en 2005 en familias de acogida, cuya gestión y financiación corresponde a la Diputación Foral. Todas las personas usuarias de esta modalidad fueron dependientes, siendo un 46% muy dependientes.
- f) **Atención Sociosanitaria:** constituye el dispositivo bisagra entre el sistema sanitario y el sistema social. Actualmente existen dos tipos de servicios:
- a. *Atención Domiciliaria Sociosanitaria:* su desarrollo está en fase piloto y circunscrita a algunos municipios de Gipuzkoa. Para el desarrollo de la actividad, los Centros de Salud y los Centros de Servicios Sociales han elaborado un Protocolo dirigido a la actuación conjunta en 3 situaciones:
- detección de usuarios que requieren algún tipo de atención sociosanitaria.

- planificación de actuaciones conjuntas al alta hospitalaria del paciente.
- ante urgencias sociosanitarias.

- b. *Centro Cruz Roja:* atiende a los pacientes cuyas necesidades sanitarias no son lo suficientemente severas para ser ingresados en hospitales de agudos o de media estancia, pero su estado de salud y circunstancia social hace que los cuidados requeridos no puedan ser provistos en el domicilio habitual (hogar o residencia). Así mismo, acoge un perfil de pacientes denominados «casos sociales», que incluye personas con un elevado nivel de dependencia y a la espera de plaza residencial. La demanda de ingreso puede proceder tanto del sistema social como del sanitario, aunque la mayoría de las solicitudes proceden del segundo. Cada ingreso está aceptado por ambas instituciones (social y sanitaria) de forma comisionada. Para cada ingresado se establece el tipo de cuidados y el tiempo de ingreso recomendable. La duración de la estancia es limitada y no debe superar el año. En su financiación contribuyen tanto los servicios sanitarios como los sociales.

Hasta la fecha, el desarrollo de Centros en la CAPV ha tenido lugar únicamente en Gipuzkoa, que dispone de un centro (Cruz Roja) con 80 camas, situado en Donostia-San Sebastián y que acoge pacientes procedentes del conjunto del Territorio.

Según los datos proporcionados por la Comisión de Valoración y Orientación Sociosanitaria, el número de ingresados en el Centro Cruz Roja fue el mismo tanto en 2005 como el 2006 (240 personas), de los que el 83,3% eran mayores de 65 años en 2005 y en 2006 el 84,5%. El grado de rotación se ha mantenido estable en los dos años en 3 pacientes por cama y año.

Del total de pacientes mayores ingresados en 2005, el 34% eran hombres y el 66% mujeres, mientras que en 2006 la proporción de hombres aumentó al 41,9%, descendiendo el de mujeres hasta un 58,1%.

Tabla 16. Evolución del perfil de pacientes mayores (65 y más años) ingresados en el Centro Cruz Roja

	2005	2006
Ingresados desde el sistema sanitario y sistema social		
Total ingresados >=65 años	200	203
Mujeres (%)	66,0	58,1
Hombres (%)	34,0	41,9
Motivo ingreso		
Problema social (%)	31,0	30,0
Otros (convalecencia, paliativos, alter. Comportamiento) (%)	69,0	70,0
Ingresados desde el sistema sanitario		
Total ingresados >=65 años	164	161
Mujeres (%)	64,6	57,8
Hombres (%)	35,4	42,2
Motivo ingreso		
Problema social (%)	35,4	37,9
Otros (convalecencia, paliativos, alter. comportamiento) (%)	64,6	62,1
Comarca de procedencia (tasa de ingreso por 10.000)		
Alto Deba	4,3	7,6
Bajo Deba	7,0	8,4
Goierri	8,5	16,1
Tolosa	13,8	7,8
Donostia	17,5	12,5
Bidasoa	11,5	20,8

Los problemas sociales fueron la causa de ingreso en aproximadamente un tercio de los pacientes (31% en 2005 y 30% en 2006) y en el 69% restante el ingreso estuvo motivado por la necesidad de cuidados sanitarios (enfermos terminales, convalecientes, con enfermedades infecciosas, con alteraciones del comportamiento, etc.).

El sistema sanitario es el principal demandante de las camas de Cruz Roja, así en 2005 el 82% de los ingresados fueron a petición de los hospitales y en 2006 el 79,3%.

Entre los pacientes ingresados desde el sistema sanitario, a igual que en el conjunto de los atendidos en el centro sociosanitario, los problemas

sociales fueron la causa de ingreso para el 35,4% y 37,9% respectivamente.

En los dos años analizados, entre los ingresados predominan los residentes en el entorno de Donostia (Comarca Donostialdea y Bidasoa). Sin embargo, es considerable el incremento de la demanda experimentado en 2006 por otras comarcas como Goierri o Alto Deba, lo que sugiere que la necesidad de este tipo de dispositivos puede ser similar en todo el Territorio y que las mayores tasas de ingreso observados en el entorno de Donostia podrían ser debido al efecto de la cercanía del centro más que a diferentes necesidades.

Tabla 17. Estancia media en pacientes mayores (65 y más años) dados de alta en el Centro Cruz Roja según destino al alta 2005-2006.

Destino al alta	2005 N=155		2006 N=168	
	Estancia prevista	Estancia media	Estancia prevista	Estancia media
Residencia u otro recurso social	58,6	147,0	50,3	137,4
Defunción	75,3	89,5	76,0	90,4
Domicilio u otro	49,6	75,7	56,3	56,3

La estancia media en los pacientes dados de alta en los dos años analizados indica que las estancias son más prolongadas en los pacientes cuyo destino al alta es un centro residencial (institucionalización) que en aquellos que van a domicilio. En los primeros la estancia real superó la estancia estimada en un 151,9% en 2005 y un 173,2% en 2006, mientras que en los pacientes destinados a domicilio la estancia real superó la estancia estimada en un 52,6% y 0% en los años 2005 y 2006 respectivamente (tabla 17). Este hecho refleja los problemas para la institucionalización de los pacientes en Gipuzkoa por limitaciones de los recursos residenciales, retrasando las altas en el Centro Cruz Roja y prolongando las estancias por encima del tiempo asignado a estos pacientes.

4.3. Discusión en la gestión actual a las personas mayores con patología crónica

La actividad realizada por los equipos de atención primaria constituye el pilar de la atención a las personas mayores en general y con patología crónica en particular. Los médicos de atención primaria realizan más de 2,4 millones de consultas/año en el centro de salud y de 118,5 mil consultas/año en los domicilios. En el caso de enfermería hablamos de 2,8 millones de consultas/año en el centro y 333,6 mil consultas/año en el domicilio. Además observamos incrementos anuales importantes del orden del 3,3% en el número de consultas realizadas por los médicos en el centro de salud y un incremento del 10,4% anual de las consultas realizadas por enfermería en el domicilio. La actividad realizada en los centros de salud y los incrementos de actividad anuales observados en los mismos, quizás, en el caso de los médicos indiquen que se esté trasladando parte de la responsabilidad de los pacientes domiciliarios a enfermería.

Los hospitales de agudos han dado algo más de 93 mil altas en el año 2005 referentes a pacientes mayores de 64 años. También en la hospitalización de agudos se han observado incrementos importantes. Se han observado incrementos medios anuales del orden del 4,8% en el número de altas en hospitales de agudos en la C.A.P.V.

en la tercera edad, siendo éste, superior al incremento medio anual del índice general de altas (2,0%). Este incremento se ha observado en otros países como Alemania, Reino Unido y Francia¹⁻².

Cuando se trata de altas médicas estos incrementos son todavía más importantes 5,1% en los mayores de 64 años, siendo este incremento en las altas médicas más de cuatro veces superior en las personas mayores de 74 años que en los pacientes entre 65-74 años (1,8% y 8,0% respectivamente).

Este incremento observado ha ido acompañado de una reducción de la estancia media en general y en los mayores de 64 años en particular (9,11 días en el año 1995 frente a 7,48 días en el año 2005, siendo este descenso menor en las altas médicas 9,12 en 1995 y 8,11 en 2005), un incremento del índice de ocupación del 6,4 % y una reducción de 112 camas (2,7%).

Todos estos aspectos incrementales han incidido en la producción de los profesionales sanitarios en general, de los profesionales de atención primaria en particular y quizás en la calidad de la atención.

Las personas mayores presentan alta prevalencia de procesos crónicos que en general requieren ingresos y reingresos frecuentes³⁻⁷. En nuestra comunidad las tres patologías médicas más frecuentes y responsables del ingreso en hospitales de agudos han sido: bronquitis crónica (EPOC), insuficiencia cardíaca y neumonía tanto en los pacientes entre 65-74 años como en los pacientes ≥ 75 años.

Referente a la hospitalización de media estancia programada en el periodo 1996-2005 los incrementos medios anuales observados han sido del 13,6%. Este incremento medio anual ha sido 2,8 veces mayor en las altas de convalecencia que en las altas de rehabilitación (incremento medio anual altas convalecencia 20,7% y altas rehabilitación 7,5%). En el año 2005 la tasa de altas programadas en convalecencia en los pacientes ≥ 74 años ha sido de 5,8 veces superior a la tasa observada en los pacientes entre 65 y-74 años y 2 veces mayor la tasa de altas en rehabilitación.

La actividad de hospitalización a domicilio en este tipo de pacientes (patología médica crónica y o polipatología) es pequeño, representa 144 casos atendidos en el año 2005 en Gipuzkoa (17% de su actividad).

Estos incrementos observados tanto en la actividad desarrollada por atención primaria como en la hospitalización de agudos y de media estancia, no han ido acompañados de un incremento en los efectivos ni de atención primaria ni especializada, ni de una reducción en el número de camas de agudos (4.262 camas en 1996 y 4.278 camas en 2005), ni tampoco se han desarrollado suficientemente alternativas a la atención domiciliaría de los pacientes crónicos, ni alternativas de gestión urgente de los procesos crónicos por parte de la especializada cuando estos pacientes lo requieren.

La alternativa de los cuidados intermedios como media estancia cada vez más considerados y aceptados como recursos más idóneos para el cuidado del paciente mayor con reagudización de patología crónica no ha experimentado incremento en el número de camas en nuestra comunidad.

Tampoco se han incrementado los servicios de hospitalización a domicilio y, además, se ha mantenido la desigualdad existente en el número y tipo de servicios sanitarios entre Territorios e incluso dentro de un mismo Territorio. Así por ejemplo, la hospitalización a domicilio no abarca todo el área geográfica de Gipuzkoa; existe una concentración de los servicios de media estancia en Donostia lo que supone problemas de accesibilidad para los pacientes residentes en el resto del Territorio, ni tampoco se han implantado camas sociosanitarias en Bizkaia y Araba.

La mayoría de los abordajes sobre los efectos del envejecimiento demográfico, la necesidad de servicios sanitarios y en consecuencia del gasto sanitario presente y futuro se realizan teniendo en cuenta solamente el cambio demográfico como si el resto del sistema permaneciera constante⁸⁻⁹. Ello nos induce a ser fatalistas en las previsiones y a admitir que el envejecimiento demográfico constituye una realidad sobre la que nada podemos hacer y en consecuencia éste

provocará un incremento del gasto sanitario, aguardándonos un futuro cada vez más difícil en el camino para obtener los recursos necesarios para mantener nuestro actual sistema sanitario.

Sin embargo, tal y como señalan Casado y López Casanovas^{8,10}, se olvida con cierta facilidad que existen factores que aunque se suponen constantes son susceptibles de cambio y que son, precisamente, los que han determinado en mayor medida los incrementos de gasto registrados en el pasado como son, los programas de mantenimiento en domicilio de estos pacientes, los ingresos inadecuados e innecesarios y las estancias innecesarias entre otros. Estos factores además tienen el común denominador de que si son modificables. En este sentido, diversos autores sugieren que la cuestión del envejecimiento demográfico está siendo utilizada como un elemento de distracción ante los elementos fundamentales que inciden en el incremento del gasto sanitario futuro¹¹⁻¹².

Un informe de la Universidad de York¹ ha concluido que cerca de un 20% de los días de ingreso de los pacientes de la tercera edad probablemente hubieran sido innecesarios si se hubiera dispuesto de alternativas adecuadas a la hospitalización. En un estudio realizado en 1992 en Inglaterra¹³ se describe que un 48% de pacientes de la tercera edad ocupaban camas hospitalarias de agudos sin existir la necesidad de una intervención médica específica. Estos datos son similares a los observados en los estudios realizados en nuestra comunidad¹⁴⁻¹⁵.

Los cambios demográficos que se están produciendo y que se avecinan no se han acompañado de cambios en la adecuación de los profesionales y de los servicios especializados a las necesidades de salud de los grupos de población cambiantes (pacientes ancianos, ancianos frágiles). La incapacidad severa de estos pacientes pocas veces es tomada en cuenta a lo largo del proceso de hospitalización de un paciente. En un estudio realizado por el servicio del Plan de Salud de Gipuzkoa¹⁶ se pone en evidencia el poco valor que los profesionales sanitarios conceden a la discapacidad; no se valora de forma sistemática en el momento del ingreso, son pocos los pacientes que comienzan la rehabilitación temprana en el

hospital y en pocos pacientes se realiza una valoración de la dependencia al alta a pesar de que un tercio de estos pacientes presentan una discapacidad moderada o severa.

Los servicios hospitalarios actuales no satisfacen suficientemente las necesidades de los pacientes de la tercera edad. Los mismos están poco orientados a promover la independencia y la inclusión social.

Según la Ley de Territorios Históricos cada Territorio tiene competencias en los Servicios Sociales y define sus propios criterios de gestión y asignación de los mismos. Estos criterios no son homogéneos ni consensuados en los tres Territorios.

Presumiblemente, la aplicación de la reciente Ley de Dependencia conllevará modificaciones en la asignación de los recursos y es posible que un cierto grado de homogeneización en el ámbito de los servicios sociales.

Existe escasa coordinación entre el sistema social y el sanitario, y la plasmación hasta la fecha del ámbito sociosanitario se ha concretado en la puesta en marcha del Centro de Cruz Roja en Gipuzkoa y el pilotaje de la Atención Domiciliaria Sociosanitaria.

La demanda de los servicios del Centro Cruz Roja ha sido creciente y actualmente presenta ciertos síntomas de saturación con estancias medias que supera con creces a las estancias previstas para

cada paciente, traduciéndose en un estancamiento en el índice de rotación. Este hecho podría estar relacionado con alguna de sus características, que además pueden determinar su futuro. Por un lado, la limitación de plazas residenciales dentro del sistema social, que dificulta la salida de los pacientes cuando el destino requerido es la institucionalización. Por otro lado, su ubicación únicamente en Donostia, que posibilita una buena accesibilidad a la demanda procedente de las zonas colindantes a la capital del Territorio, pero genera desigualdades territoriales cuando se trata de atender las necesidades de los residentes de municipios alejados de la capital.

La discusión y el consenso sobre estos aspectos contribuirán al desarrollo futuro de los dispositivos sociosanitarios y a la maximización de su eficiencia.

Los cambios observados y propiciados en la atención especializada (reducción de la estancia media hospitalaria e incremento de la cirugía de día) junto con el envejecimiento de la población y el incremento de la esperanza de vida de pacientes con patologías crónicas son responsables del incremento tan importante de actividad observada en Atención Primaria. Todo ello nos conduce a la necesidad de reorientar las políticas de atención sanitaria y social de este grupo de pacientes de forma coordinada entre los diferentes niveles asistenciales.

5. ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES CON PATOLOGÍA CRÓNICA

5.1. REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA:

Los 84 artículos seleccionados se han distribuido en seis grandes grupos: 1) artículos referentes al manejo de las enfermedades crónicas en pacientes mayores; 2) artículos referentes a la coordinación sanitaria; 3) artículos referentes a los factores asociados; 4) artículos referentes a la utilización inapropiada; 5) artículos sobre preferencias de los pacientes y 6) artículos sobre nuevos modelos/perspectivas de gestión.

5.1.1. Bibliografía sobre el manejo de las enfermedades crónicas en los pacientes mayores¹⁷⁻³⁸ sugieren:

- El manejo de las enfermedades crónicas en los pacientes mayores está centrado en atención primaria (cuidados comunitarios) con ayuda de los servicios especializados como consultores y para evitar urgencias e ingresos innecesarios.
- El papel tan importante que debe jugar la enfermería en el manejo de estos pacientes se describe para todos los niveles asistenciales, pero se hace hincapié en la labor a desarrollar en Atención Primaria y en cuidados intermedios (hospital de media estancia).
- El desarrollo de tratamientos con nuevas medicaciones de algunos estados crónicos continuará medicalizando aspectos de la tercera edad y la discapacidad.
- La realidad sanitaria y social de estas personas puede necesitar en situaciones de agudización de otros dispositivos sanitarios como hospital de día, centros de subagudos, cuidados intermedios.
- Se producirán reducciones de la duración de permanencia hospitalaria con relación a las enfermedades crónicas. El desarrollo de estrategias preventivas programadas reducirán la estancia hospitalaria a largo plazo.

5.1.2. Bibliografía sobre la coordinación sanitaria (atención primaria y especializada) y social^{17, 39-55} sugieren:

- La necesidad de lograr un servicio sanitario y social que ofrezca a las personas mayores

unos servicios de alta calidad cuando lo necesiten y donde lo necesiten, unos servicios que no sólo se ocupen de las personas cuando están enfermas, sino que se trabaje para mejorar la salud y reducir las desigualdades.

- En general, se hace hincapié en que los servicios sanitarios y sociales para estas personas no deben clasificarse según los servicios ofrecidos sino desde una perspectiva global sanitaria y social.
- Algunos modelos centran su atención en Atención Primaria (sanitaria y social), es decir a nivel local. Las necesidades de servicios especializados y camas hospitalarias y sociales dependen de la disponibilidad de los demás servicios a nivel comunitario.

5.1.3. Bibliografía sobre factores asociados^{17, 56-62} con la utilización específica de camas hospitalarias por parte de los pacientes de la tercera edad sugieren la necesidad de realizar investigaciones más exhaustivas para apoyar las conclusiones que relacionan los factores asociados con los ingresos hospitalarios específicos y la gestión de estos pacientes. En los mismos se apuntan algunos resultados:

- El examen de los pacientes de la tercera edad por parte de un equipo multidisciplinario podría reducir la necesidad de ingresos hospitalarios o reingresos subsecuentes.
- La información dirigida a los pacientes mayores con patología crónica sobre la auto-gestión del proceso no tiene ningún efecto por si sola, pero cuando ésta es apoyada por un desarrollo de un plan de gestión del proceso puede reducir a la mitad los ingresos hospitalarios adicionales.
- Maximizar las oportunidades de rehabilitación por parte de la asistencia especializada a la tercera edad puede minimizar la duración de los ingresos.
- Deben tenerse en cuenta las circunstancias sociales que precipitan los ingresos hospitalarios junto con las necesidades sanitarias.

5.1.4. Bibliografía sobre la utilización inapropiada de camas hospitalarias y rentabilidad de la asistencia en emplazamientos alternativos¹⁷⁻⁶³⁻⁷⁰ referentes a la tercera edad hacen referencia a:

- Los índices de utilización inadecuada de camas de agudos, por los pacientes de la tercera edad son superiores a los observados en población general.
- Los motivos por lo que los pacientes mayores permanecen en camas hospitalarias específicas cuando ya no es necesario desde el punto de vista médico están relacionadas con su necesidad de asistencia moderada de enfermería y la disponibilidad de recursos sanitarios y sociales otros que las camas de agudos.
- Debe lograrse una utilización eficiente de los recursos disponibles antes de construir (incrementar) recursos adicionales

5.1.5. Bibliografía sobre las preferencias^{17,71-82} de los pacientes en relación con las alternativas tradicionales y la toma de decisiones conjuntas son cada día más numerosos y es posible exponer alguna de las conclusiones:

- Hay evidencia de que la mayoría de enfermos terminales prefieren la asistencia domiciliaria o comunitaria a la asistencia con ingreso hospitalario.
- Hay discrepancias o conflictos potenciales entre el asistente (familiar) y las preferencias de los pacientes en la asistencia a largo plazo para la tercera edad.

5.1.6. Bibliografía sobre los modelos de atención¹⁷⁻¹⁰⁰.

Se ha dividido en dos grandes apartados: descripción de las líneas generales de los modelos y por otro lado la descripción y análisis de aspectos relevantes de los mismos.

a) **Descripción de los modelos:** de la revisión realizada por Ham y Singh⁹² se extraen los cuatro modelos más relevantes en la atención de la patología crónica. Los modelos

descritos se centran en las vías de prestación de servicios más eficientes a los pacientes con problemas crónicos.

- Modelo de Cuidados de la Patología Crónica (The Chronic Care Model⁸⁷).
- Modelo de Innovación de Cuidados de la Patología Crónica (Innovative Care for Chronic Condition Framework^{96,97}).
- Modelo de Salud Pública (The Public Health Model⁹⁸).
- Modelo de Continuidad de Cuidados (The Continuity of Care Model⁹⁹).

Modelo de Cuidados de la Patología Crónica (CCM): Este modelo ha sido desarrollado por Ed Wagner, y ha sido implementado, total o parcialmente, en muchos países desarrollados que han abordado la problemática del incremento de población con patología crónica. Considera que una parte sustancial de los cuidados a la patología crónica se desarrolla fuera del sistema formal de cuidados y sugiere seis componentes básicos a tener en cuenta en la mejora de la atención:

1. Movilización de recursos comunitarios
2. Impulso de una cultura, organización y mecanismos de promoción de cuidados de alta calidad y seguridad
3. Educar y preparar a los pacientes para la autogestión de su cuidado.
4. Proveer cuidados eficientes y eficaces y promover el autocuidado
5. Promover cuidados basados en la evidencia científica y las preferencias de los pacientes
6. Organizar la información de los pacientes de los pacientes y de la población para facilitar el cuidados eficientes y eficaces

La revisión de Ham y Singh señalan que no todos los componentes del modelo tienen probada evidencia, siendo los recursos comunitarios y los elementos relacionados con la organización de cuidados los que menor evidencia presentan.

De este modelo se han derivado algunas aplicaciones que han sido ampliamente difundidas

como el *Kaiser Permanent*¹⁰⁰, cuyo objetivo es integrar los distintos niveles asistenciales como las diferentes disciplinas involucradas en la asistencia al paciente con patología crónica. Así, médicos de nivel primario y secundario comparten funciones, organización y presupuesto en centros de múltiples especialidades en los que también participan enfermeras domiciliarias, farmacéuticos, radiólogos, etc. Los pacientes se estratifican de acuerdo a las necesidades de cuidados, centrándose la atención en aquellos que presentan un elevado riesgo de empeoramiento.

Modelo de Innovación de Cuidados de la Patología Crónica (ICCCM): Se centra en la mejora en la provisión de cuidados en tres niveles diferentes:

1. Nivel micro (individuo y familia)
2. Nivel intermedio comunidad y organización del sistema de cuidados)
3. Nivel macro (políticas de salud)

El centro del modelo se localiza en el nivel micro, en el que se ubica al paciente, su familia, las organizaciones comunitarias y el equipo de salud. La mejora del cuidado se sustenta en la información, motivación y trabajo conjunto de los componentes de este nivel micro.

No existen estudios rigurosos que demuestren la eficiencia del modelo o de los componentes del mismo.

Modelo de Salud Pública (PHM): Es similar al anterior, aunque menos aplicado. Está centrado en aminorar la carga derivada de las enfermedades crónicas. Los tres niveles de intervención planteados por el modelo son:

1. Políticas dirigidas a población general
2. Actividades comunitarias
3. Servicios de salud

Estos tres niveles interactúan entre sí y las actuaciones se han de plantear a lo largo de todo el continuum que va desde la prevención hasta el cuidado. No existen estudios que valoren la eficiencia del modelo.

Modelo de Continuidad de Cuidados (CoCM): se centra en la relación entre las condiciones

crónicas y los factores de riesgo comunitarios, y sugiere los puntos diana para las intervenciones preventivas, tratamientos médicos, de rehabilitación y cuidados paliativos, según las distintas fases de la enfermedad. Aunque se han aplicado componentes del modelo, tanto para impulsar la rehabilitación como los cuidados paliativos, no existen estudios que evalúen su eficiencia.

b) Aspectos relevantes de los modelos: los siguientes aspectos son componentes comunes a los modelos revisados y por ello se realiza una valoración de su aplicación y la evidencia en la que se sustentan.

- *Reforzamiento de los servicios comunitarios:* son de destacar las dificultades para la evaluación de los resultados en este ámbito por las diferencias metodológicas de los estudios, y por la variabilidad de los programas. El metanálisis realizado por Elkan (Elkan et al, 2001) confirma la efectividad de los Programas de Visita Domiciliaria en la reducción de la mortalidad de la población mayor y de los pacientes frágiles, pero no proporciona evidencia sobre mejoras en la salud y la funcionalidad de los pacientes, ni en la reducción de los ingresos hospitalarios, aunque sí en la institucionalización (residencias). Programas de rehabilitación a domicilio, muestran efectividad en la reducción del deterioro funcional (Gil et al, 2002). Herbert et al (2001) evalúan programas de enfermería dirigidas a la valoración y seguimiento en domicilio de la población mayor. Los resultados en el grupo de intervención y en el control son similares en términos de deterioro funcional, autonomía, bienestar y apoyo social, variando según el grado de acuerdo entre enfermería y el médico sobre las medidas o tratamientos recomendados.
- *Programas de altas planificadas reforzando la continuidad de cuidados de estos pacientes entre atención primaria y especializada (bidireccional):* definiendo como la planificación y preparación del alta con anterioridad a su ejecución y durante el ingreso, monitorizando los cuidados post alta según las necesidades del paciente. La revi-

sión sistemática realizada por Parkers y Shepperd, (2003) encuentra una reducción de los reingresos y mayor satisfacción de los pacientes con alta planificada respecto a las altas tradicionales. No hay evidencia suficiente sobre el efecto de las altas planificadas en la estancia media, en el mayor o menor uso de servicios y en los costes de hospitalización.

- *Apoyo al alta y apoyo en el seguimiento del paciente:* intervenciones en las que el personal hospitalario (HD y/o HA) o comunitario mantienen en contacto con el paciente en el periodo que rodea el alta (incluye desde contacto telefónico post-alta hasta intervención de equipos multidisciplinares de rehabilitación a domicilio y supervisión tras alta). Los ensayos clínicos y la revisión sistemática (Crotty et al, 2002; Hyde et al, 2000; Martin et al, 1994; Parker et al, 2002; Shepperd, 2001) al respecto indican mejor calidad de vida en los pacientes con alta apoyada que en las altas convencionales, menos reingresos hospitalarios e ingresos en dispositivos de larga estancia y mayor probabilidad de permanecer en el hogar. No mostraron evidencia suficiente en la reducción de la mortalidad o mejora de la funcionalidad.
- *Servicios de Gestión de Casos:* algunos estudios analizan diferentes modelos basados en la gestión y planificación de cuidados de casos, entre los que se incluyen una diversidad de intervenciones: programas de cuidados post-agudos, gestión por enfermería de cuidados a corto plazo, programas de cuidados integrados a nivel comunitario, gestor de casos de las altas hospitalarias. Los resultados procedentes de los estudios publicados (Bernabei, 1998; Challis et al, 1991; Evans et al, 1995; Lim et al, 2003; Taylor, 1999; Rich et al, 1995) indican que en los grupos receptores de la intervención los ingresos hospitalarios o la institucionalización se posponen, la estancia media se reduce, mejoran la calidad de vida y el grado de satisfacción con los cuidados, y el estatus funcional.

- *Reforzar servicios dirigidos a evitar los ingresos hospitalarios:* se incluye entre estos servicios los de Hospitalización a Domicilio (HD) y los servicios de Respuesta Rápida en Domicilio (RRD).

Los programas de RRD, con un Gestor de Casos que evalúa al paciente y coordina y moviliza los recursos necesarios según estatus del paciente, han mostrado ser útiles en las pautas de actuación y toma de decisiones en pacientes dados de alta en servicios de urgencia (Fry et al, 1996).

En resumen: según el informe NZHTA¹⁷ de los Servicios de Evaluación de Tecnología Sanitaria de Nueva Zelanda (2004), los estudios que analizan la eficacia de las intervenciones dirigidas a la población mayor, presentan ciertas limitaciones que dificultan llegar a conclusiones. Entre los problemas más frecuentes están el amplio espectro de intervenciones sujetas a valoración, que abarca desde las llamadas telefónicas de seguimiento hasta la rehabilitación a domicilio por equipos multidisciplinares. Además, muchos estudios son descriptivos y aunque algunas de las intervenciones son evaluadas mediante ensayos clínicos randomizados, en general hay una ausencia de estudios basados en criterios metodológicos robustos que aporten evidencia concluyente sobre los modelos de intervención. Todos los modelos valorados parten de una definición del contexto y presentan como punto inicial la modernización y adaptación de los servicios sanitarios y sociales a las necesidades cambiantes de la población. No todos los estudios describen con claridad las definiciones de los servicios que disponen. Ello dificulta comparar resultados entre modelos de atención, así por ejemplo la estancia media de los pacientes en un HA el NHS inglés incluye la estancia de estos pacientes en los denominados hospitales comunitarios, aspecto este que está bien diferenciado en España y en Estados Unidos. En el caso de la C.A.P.V. hablamos de dos tipos de estancias: estancia en Hospitales de Agudos (HA) y estancia en hospital de Media Estancia (ME).

5.2. EXPERIENCIAS DE GIPUZKOA

La situación de atención a las personas mayores con patología crónica descrita en el capítulo anterior nos ha conducido a reorientar y adecuar

en la medida de lo posible la atención a estos pacientes, basándose en el análisis de la asistencia sanitaria realizada los últimos años en Gipuzkoa, y utilizando como guía las recomendaciones de las diferentes sociedades científicas, medicina interna (SEMI), neumología (SEPAR) y geriatría (SEGG) y la revisión descrita precedentemente.

En este sentido y desde el año 2003 en Gipuzkoa se han ido desarrollando diferentes estudios y adaptaciones, reorientaciones y creaciones de servicios que han permitido iniciar el camino que el sistema sanitario y social debe recorrer para atender en las mejores condiciones a estos pacientes.

La reorientación de los servicios se inició con la centralización en el servicio de admisión del Hospital Donostia (HD) la gestión de la demanda de camas de media estancia pública y concertada. El servicio realizó un estudio con el objeto de conocer las solicitudes y los flujos de pacientes entre los hospitales de agudos y media estancia. Una de las conclusiones del estudio fue la variabilidad observada en la demanda de cama de media estancia según hospital solicitante así como la variabilidad en la información que sustentaba la solicitud.

Así mismo se diseñó, validó y adaptó a la realidad asistencial de Gipuzkoa un cuestionario de solicitud de cama de media estancia que utilizan en la actualidad todos los servicios que solicitan este dispositivo asistencial.

Se han constituido dos grupos de trabajo con profesionales que trabajan en media estancia en la que entre otros: se está protocolizando la asistencia de los procesos más prevalentes atendidos en media estancia; se ha protocolizado el alta de estos pacientes desde su ingreso, se han determinado los objetivos a alcanzar en este nivel asistencial y la estancia media necesaria para obtener dichos objetivos.

Se ha desarrollado un grupo de trabajo con profesionales de los servicios de admisión y de urgencias del HD con objeto de desarrollar dos líneas de trabajo: a) protocolizar los flujos de pacientes en base al tipo de atención requerida, urgente o modificación en el plan de cuidados y b) adecuación del nivel asistencial a asignar a los pacientes que acuden a urgencias (pacientes

que precisan cuidados paliativos y pacientes con patología crónica evolucionada).

Se ha puesto en funcionamiento (abril 2003) el dispositivo sociosanitario denominado «Unidad Residencial Sociosanitaria» ubicada en el Centro de Cruz Roja de San Sebastián en colaboración con el Departamento de Servicios Sociales de la Diputación. Este dispositivo cuenta con 80 camas y se trata de un dispositivo que proporciona los servicios sanitarios necesarios a personas en situación de dependencia que presentan necesidades intensas y equivalentes de cuidados sociales y sanitarios.

En paralelo se ha definido, diseñado y elaborado un sistema de información que soporta y permite la evaluación de la gestión de los pacientes derivados a media estancia y/o al dispositivo sociosanitario desde el sistema sanitario.

Todo lo anterior nos coloca en una situación inmejorable a la hora de estudiar modelos y propuestas de atención a las personas mayores con patología crónica.

Se presentan los resultados de tres experiencias que avalan aspectos del modelo propuesto como modelo de atención a las personas mayores con patología crónica: atención sanitaria en media estancia y/o dispositivo sociosanitario, estado de salud de los pacientes de ≥ 75 años en el domicilio; estudio de la adecuación de los ingresos en hospital de agudos de los pacientes de ≥ 75 años y se realiza el análisis de la revisión sistemática del que se extraen las conclusiones más importantes de los diferentes modelos de atención. Posteriormente se describe el modelo propuesto y se aplica éste, de forma experimental a la EPOC.

5.2.1. Atención sanitaria en media estancia y centro sociosanitario 2006

Introducción

Para la derivación de pacientes a los Hospitales de Media Estancia y al Centro Socio-sanitario Cruz Roja se está utilizando en Gipuzkoa un «Cuestionario de Valoración» (validado y adaptado para Gipuzkoa), que valora las cargas médicas, de enfermería y social. Se utiliza en todos los servicios hospitalarios públicos y concertados y

su objetivo es disminuir la variabilidad en la derivación y garantiza la utilización de los mismos

criterios en cualquier paciente. Los rasgos característicos del cuestionario son:

El cuestionario está formado por un triple baremo; médico, de enfermería y social.

La valoración médica tiene como objetivo determinar el tipo de enfermedad (diagnóstico principal y la patología asociada), los tratamientos necesarios, discapacidad (test de Performance Status) y estado cognitivo (Mini-Mental).

La valoración de enfermería tiene como objetivo identificar la necesidad de cuidados en función de la discapacidad y de las terapias a aplicar. Utiliza el Índice de Barthel para identificar el nivel de dependencia, además valora las cargas de enfermería (sondas, colectores, sueros, ostomías, curas) y el nivel de orientación, comunicación, lenguaje y comportamiento psíquico.

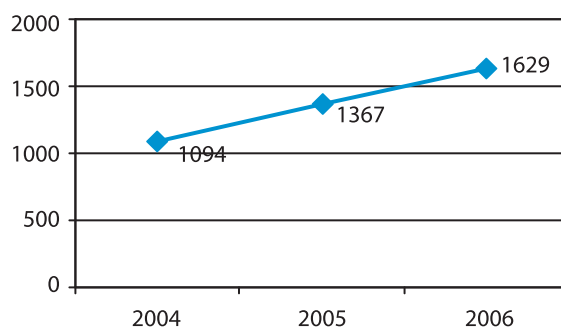
La valoración social evalúa el apoyo familiar y socioeconómico de la persona: (apoyo familiar, convivencia, vivienda, situación económica del paciente, y necesidad de apoyo social).

El Servicio de Admisión del HD valora todas las peticiones de traslado a centros de media estancia y aporta a la Comisión Sociosanitaria los posibles

casos de pacientes a ingresar en Cruz Roja (CR). Los criterios de aplicación de la herramienta son los siguientes:

- Paciente con puntuación total ponderada < 33.33 puntos es candidato a ser derivado a su domicilio habitual.
- Paciente con puntuación total ponderada ≥ 33.33 puntos es candidato para un dispositivo sanitario o socio-sanitario.
- Paciente con una puntuación ponderada médico + enfermería ≥ 26.66 es candidato para media estancia sanitaria.
- Paciente con una puntuación social equivalente al menos el 80% de la puntuación ponderada suma de médico y enfermería es candidato a ingresar en CR.

Gráfico 5. Evolución de los ingresos en ME. Gipuzkoa 2004-2006



Características de los pacientes trasladados

Tal como refleja el gráfico 5, el volumen de ingresos está incrementando de forma notable en Gipuzkoa, siendo este aumento del 49% en el periodo 2004 y 2006.

La mayoría de las solicitudes (84%) proceden de hospitales de agudos, particularmente del HD (63%). Sin embargo, el incremento más significativo en la demanda de camas de ME lo han experimentado los hospitales Comarcales, cuyas solicitudes han pasado de representar el 13,1% del total en 2004 a un 17,3% en 2006. La demanda desde Atención Primaria crece lentamente de

un 1% en 2004 a un 1,3% en 2006, a pesar de que la posibilidad del ingreso directo se ha ofertado únicamente a seis centros (8%) de Gipuzkoa.

Los pacientes ingresados son de edad avanzada (edad media 76,6 años $\pm 12,2$) y mayoritariamente mujeres (51%).

El tipo de cuidados demandados varía según el hospital, así en el H. Matía son más frecuentes los cuidados paliativos que en Amara, mientras que en éste es mayor la demanda de rehabilitación (Tabla 1), en el centro CR destaca la causa social como motivo de ingreso.

Tabla 18. Tipo de estancia según centro de destino. Gipuzkoa 2004-2006

Tipo de estancia	H. Matía	H. Amara	H. Cruz Roja
Convalecencia	43,7	43,1	38,2
Rehabilitación	35,4	52,2	1,2
Paliativos	20,5	4,3	7,1
Social	0,4	0,4	38,5
NC	-	-	15,0

Valoración médica

Más de la mitad de los ingresos fueron motivados por «enfermedades agudas con secuelas invalidantes» (59,5%), apartado en el que están incluidas la ECVA (20,3% de los ingresados) y las fracturas (17,7% de los ingresados) que constituyen las principales causas de ingreso. En segundo lugar, se sitúan las «enfermedades crónicas con evolución lenta» que causaron el 26% de los ingresos, siendo los diagnósticos más frecuentes los relacionados con las enfermedades respiratorias (6%) y la insuficiencia cardiaca (2,2%). La pluripatología fue frecuente en los pacientes ingresados. Más de la mitad (62%) presentan dos o más patologías asociadas y el 36% hasta tres o más enfermedades crónicas asociadas.

El 71% de los pacientes presentaban algún grado de afectación cognitiva y de estos en un 27,4% la afectación era grave y en el 18,8% moderada, según el test de Mini-Mental. En relación a la movilidad, el 8,6% de los pacientes estaban encamados permanentemente y un 47,8% encamados más del 50% del tiempo.

El 89% de los pacientes precisaron un tratamiento complejo (con vigilancia clínica y analítica), ya que sus márgenes terapéuticos se tienen que mantener dentro de unos límites para evitar efectos secundarios graves (Sintron, insulina, O₂), un 42% precisa de curas, más de la mitad (68,4%) necesita de apoyos especiales (alimentación enteral/parenteral, medicación EV/subcutánea, hemodiálisis etc.) y el 41% precisan de terapias rehabilitadoras.

Valoración de enfermería

La subescala de enfermería valora los componentes de: curas de enfermería, capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria (AVD), ca-

pacidad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y funciones de orientación, comunicación y comportamiento psíquico.

El grado de dependencia para realizar las AVD se clasifica en 5 niveles diferentes: autónomo, dependencia leve, moderada, severa y total. Los resultados mostraron que el 52% de los pacientes presenta una dependencia total y el 24% severa. Sólo el 0,3% de los pacientes eran autónomos. Para las AIVDs, más de una cuarta parte de los pacientes (26%) presenta dependencia total al menos en una actividad y más de la mitad de los pacientes referían ser dependientes de la ayuda de otra persona (50,8% para viajar; 50,8% compras; 49,5% para las tareas domésticas). En relación a los cuidados de enfermería, los pañales fueron los cuidados más frecuentes (65%), seguido de suero/oxígeno (32,6%) o de curas (29,5%).

El 17,6% de los ingresados presentaron problemas **permanentes** de orientación, el 7,2% de comunicación y lenguaje y el 7,5% problemas psíquicos.

Valoración social

La subescala social tiene los siguientes componentes: situación familiar, situación de convivencia, grado de relación familiar, características de la vivienda, situación económica del paciente y de su núcleo familiar y atención sociosanitaria que recibe el paciente.

Más de un tercio de los pacientes (34%) presentaron una situación familiar muy mala, caracterizada por claudicación familiar o por carencia de familia directa. El 42,4% referían buena relación de convivencia y la mitad de los ingresos vivían solos o con otro familiar de edad similar o superior (49%), lo que indica la vulnerabilidad social de estos pacientes.

Puntuaciones medias

Las puntuaciones medias ponderadas pueden observarse en la tabla 19 e indican que los aspectos sociales son los que más contribuyen en

la puntuación global de estos pacientes, seguida de los aspectos de enfermería y con un peso algo menor la carga médica.

Tabla 19. Puntuaciones medias ponderadas. Gipuzkoa 2006

	media ±DE
Médico	14,5 (3,0)
Enfermería	16,7 (6,1)
Social	18,0 (4,0)
TOTAL	49,1 (8,4)

Estancia media y demora en la derivación

La racionalización y ordenamiento de las deriva-

ciones e ingresos en ME está repercutiendo en la estancia media de ambos hospitales.

Grafico 6. Estancias medias por hospital de destino (días). Gipuzkoa 2004-2006

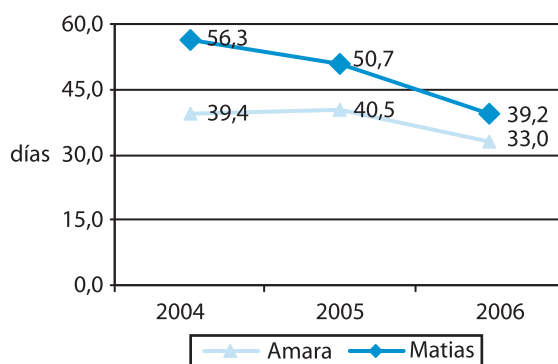


Tabla 20. Estancia media (días) según centro de destino y tipo de estancia. Gipuzkoa, 2006

	Estancia media (días)				Total Media ±DE
	Convalecencia Media ±DE	Rehabilitación Media ±DE	Paliativos UCP Media ±DE	Paliativos No UCP Media ±DE	
Total	36,8 (30,7)	40,1 (25,1)	25,8 (29,2)	18,0 (19,2)	39,4 (33,3)

La demora media, para el conjunto de los traslados desde la solicitud de traslado del paciente hasta el ingreso en ME se situó en 3,5 días lo que supuso más de cinco mil días de demora, que en buena medida redundaron en el alargamiento de la estancia en los hospitales de agudos. Esta demora varían según el centro de destino, siendo la más elevada para el centro sociosanitario CR (11,7 días) como consecuencia de la saturación y dificultad de rotación en dicho centro.

5.2.2. Estado de salud de los pacientes mayores de 74 años en domicilio.

Durante el año 2006 se han valorado el estado de salud de los pacientes mayores de 74 años residentes en su domicilio, y tienen como médico de familia dos médicos del Centro de Salud de Atención Primaria «Irun Centro». El objeto del estudio ha sido valorar si la asistencia recibida por los pacientes era la adecuada de acuerdo con las necesidades sanitarias y sociales de los mismos.

Se ha realizado una valoración integral (médica, enfermería y social) a los pacientes de los cupos correspondientes a los médicos participantes mediante el cuestionario de derivación de pacientes utilizado en Gipuzkoa desde el año 2003.

Se trata de 143 pacientes mayores de 74 años con una edad media de 81,4 años (75-97), el 60,1 son mujeres y el 60,8 % son mayores de 80 años.

La mayoría de los pacientes, el 93,2% (133), presentan una enfermedad caracterizada como crónica evolutiva lenta como la HTA (71), insufi-

ciencia cardiaca (20), diabetes Mellitus (34), AC*FA (17) y EPOC (10). Cada paciente tiene una media de 2,4 patologías. Todos los pacientes excepto 13 (9,1%) tienen instaurado tratamiento complejo y 30 (20,9%) precisan curas de enfermería.

En las tablas 21 y 22 se describen algunas de las características de los pacientes así como las valoraciones medias ponderadas observadas en cada uno de los componentes del cuestionario de valoración.

Tabla 21. Características de los pacientes evaluados en domicilio (n=143)

	Nº	%
Edad (media y DE)	81,4 (4,4)	
Sexo mujeres	60,1	
Minimental		
• Sin afectación cognitiva	101	70,6
• Leve afectación cognitiva	32	22,4
• Moderada afectación cognitiva	5	3,5
• Grave afectación cognitiva	4	2,8
Estado Funcional		
• Clínica mínima o asintomática	132	92,3
• Clínica severa	9	5,6
• Encamado > 50 % del tiempo	3	2,1
Discapacidad para AVD (Índice de Barthel)		
• Autónomo	108	75,5
• Dependiente leve	28	19,6
• Dependiente moderado	3	2,1
• Dependiente total	4	2,8
Discapacidad para realizar AIVD		
• Autónomo	103	72,0
• Con ayuda	19	13,3
• Dependiente para alguna de ellas	21	14,7
Orientación		
• Orientado	132	92,3
• Se desorienta ocasionalmente	9	6,3
• Totalmente desorientado	2	1,4
Condiciones sociales		
• Viven en familia que pueden atender al paciente	128	89,5
• La relación familiar es considerada como buena	139	97,2
• La vivienda dispone de buenas condiciones de habitabilidad y confort	117	81,8
• La vivienda tiene buenas condiciones de habitabilidad pero presenta barreras arquitectónicas	25	17,5
• Atención social recibida es suficiente	141	98,6

Se trata de pacientes sin afectación o leve afectación cognitiva con clínica mínima o asintomática, generalmente autónomos (75,2%) y algo más de un tercio (36,7%) con dependencia para realizar alguna de las actividades instrumentales para la vida diaria. En general viven con la fami-

lia y pueden atenderle (89,7%) y la relación familiar es considerada como buena en el 97,4% de los pacientes evaluados. Todos los pacientes excepto uno describen no precisar atención social y si precisan, la ayuda domiciliar que reciben es considerada como suficiente.

Tabla 22. **Puntuaciones medias ponderadas observadas en los pacientes evaluados en domicilio (n=143)**

	Media	DE
Valoración médica	6,7	3,0
Valoración enfermería	2,3	4,9
Valoración social	13,1	4,6
Puntuación total	22,4	7,8

El 93,2% de las personas evaluadas presentan una puntuación total inferior a 33,3 puntos. Todo ello nos indica que la ubicación en el domicilio de estas personas en el estado de salud y social actual es el adecuado.

Las puntuaciones médicas, de enfermería y las totales nos indican que la ubicación de estas personas en el estado de salud y relaciones sociales actuales es adecuada.

Los pacientes que sobrepasan esta puntuación exigen una vigilancia estrecha por parte de los equipos de atención primaria ya que pequeños cambios en las necesidades sanitarias y o sociales pueden indicar la necesidad de un recurso más adecuado para los mismos.

5.2.3. Estudio sobre el nivel de adecuación entre necesidades de los pacientes mayores y servicios asignados

El ingreso en instituciones hospitalarias no es una acción inocua pues expone al paciente y su familia a riesgos para su salud, que pueden variar desde la adquisición de infecciones del ámbito hospitalario, hasta problemas psicológicos y iatrogénicos. Adicionalmente, el ingreso implica un costo para el enfermo, la familia y la institución de salud, por lo cual se relaciona íntimamente con la eficiencia del sector salud. Múltiples estudios han demostrado que una proporción importante de los ingresos hospita-

rios resultan inadecuados o no justificados, los cuales fluctúan entre el 7 y el 32 % de los casos ¹⁰¹⁻¹⁰⁴.

Además de los efectos señalados, cabe mencionar las inequidades e ineficiencias que pueden generarse al tratarse de recursos limitados, lo cual supone que la asignación inadecuada de ingreso a determinado paciente puede conllevar la negación a otro, aun cuando éste presente mayor necesidad.

El efecto iatrogénico de los ingresos hospitalarios inapropiados pueden acrecentarse cuando se trata de pacientes mayores, cuya vulnerabilidad es mayor y el riesgo de desestabilización cognitiva y emocional durante el ingreso se acentúa.

Este conjunto de hechos justifica la necesidad de estudiar el grado de adecuación de los ingresos hospitalarios en nuestro sistema sanitario, particularmente cuando se trata de pacientes ancianos con patología crónica.

La creación de distintos niveles asistenciales dentro del sistema hospitalario añade una mayor complejidad al estudio de la adecuación de los ingresos, ya que cabe preguntarse, no sólo si los ingresos son adecuados, sino también si el nivel asistencia seleccionado para el ingresado es el más idóneo de acuerdo a las circunstancias del paciente. Este cuestionamiento es tanto más pertinente cuando se trata de pacientes mayores, para quienes la dinámica, estructura y fun-

cionamiento de los hospitales de agudos no se adecuan, en muchas ocasiones, a sus necesidades personales.

Este estudio pretende responder a esta doble problemática, por un lado el grado de adecuación/inadecuación que observamos en los hospitales de agudos entre los pacientes mayores (70 y más años), y por otro en los casos en que el ingreso sea justificado, cual sería el nivel hospitalario más adecuado según las necesidades personales, clínicas y de cuidados del paciente mayor.

La valoración de los ingresos apropiados o inapropiados se ha circunscrito al HD de Osakidetza-SVS, hospital de nivel terciario, que supone el nivel más elevado de cualificación y tecnología de nuestro sistema sanitario. Para su valoración se ha aplicado el Protocolo de Evaluación de la Adecuación (AEP), que es una herramienta que ha mostrado gran fiabilidad para cuantificar los ingresos hospitalarios innecesarios¹⁰⁵ y además ha sido validado en España, mostrando buena sensibilidad, especificidad y reproductibilidad interobservador^{106,107}. Para valorar la adecuación del nivel hospitalario asignado se han analizado los procedimientos terapéuticos y diagnósticos aplicados en los pacientes, diferenciando en cada nivel hospitalario (Terciario/Subagudos) los cuidados, tratamientos y medios diagnósticos que proporcionan.

Objetivo: se han cuantificado los ingresos considerados inapropiados en los pacientes mayores con patología crónica, que tras acudir al servicio de urgencias del HD, son ingresados en alguno de los servicios médicos (Medicina Interna, Neumología, Cardiología, Neurología y Digestivo) y las causas de la inadecuación. También se ha evaluado el nivel hospitalario más adecuado a las necesidades diagnósticas y terapéuticas del paciente.

Metodología

Diseño y población a estudio: estudio transversal, cuya población de estudio han sido todos los pacientes mayores de 69 años, que acudieron al servicio de urgencias del HD, por patología no quirúrgica y fueron ingresados en un servicio

médico (Medicina Interna, Neumología, Cardiología, Neurología y Digestivo).

Instrumentos de valoración: la valoración sobre la adecuación del servicio asignado se ha realizado desde una triple perspectiva:

1. Valoración del grado de adecuación de los ingresos según Protocolo de Adecuación del Ingreso (EAP versión europea), que valora 16 criterios de ingreso adecuado y 9 inadecuados. El EAP se ha cumplimentado por una médica especialista, de forma retrospectiva a todos los pacientes incluidos en el estudio. AEP es una herramienta de gran fiabilidad para cuantificar los ingresos hospitalarios innecesarios
2. Valoración integral de los pacientes incluidos en el estudio en las primeras 48-72 horas tras ingreso, mediante el «Cuestionario de Valoración de Pacientes Sub-Agudos y Sociosanitarios». El cuestionario evalúa el estado clínico, funcional, cognitivo y social del paciente, a la vez estima las cargas médicas y de enfermería. Mediante esta valoración integral se ha estimado el número de pacientes que en función de su estatus y según la puntuación obtenida (puntuación total $\geq 33,3$ puntos) en el cuestionario podrían ser susceptibles de ingreso en un hospital sub-agudo (Media Estancia).
3. Valoración de los procedimientos diagnósticos realizados y/o solicitados y el tratamiento instaurado desde el ingreso hasta el alta. La secuencia, tiempos y evolución tanto de las pruebas solicitadas como del tratamiento instaurado se ha realizado tomando como referencia el 5º y 10º día de ingreso del paciente. Dado que la estancia media de estos pacientes es de 8,7 días, se ha considerado que en los primeros 10 días es el tiempo razonable para la solicitud de pruebas o la instauración del tratamiento. Con el fin de diferenciar los procedimientos terapéuticos y diagnósticos aplicados actualmente en hospitales terciarios o de sub-agudos, se ha elaborado un listado recogiendo todas las alternativas. Tres médicos con experiencia en asistencia hospitalaria han consensuado aquellos tratamien-

tos y procedimientos diagnósticos que, por su complejidad y nivel tecnológico son aplicados únicamente en un hospital terciario, diferenciando de los restantes tratamientos y técnicas que pueden ser aplicados en un hos-

pital de menor nivel. En el listado de la tabla 23 se diferencian aquellos procedimientos aplicables en un HT y aquellas que son aplicadas en un nivel intermedio: Hospital de Sub-Agudos (HSA) o Media Estancia (ME).

Tabla 23. **Procedimientos aplicables en un Hospital Terciario (HT) y aquellas que son aplicadas en un nivel intermedio: hospital de sub-agudos (HSA) o media estancia (ME)**

Tratamientos	Analíticas	Pruebas diagnósticas
Oral (HSA)	Hemograma (HSA)	EKG (normal) (HSA)
Subcutáneo (HSA)	Bioquímicas (HSA)	EKG (holter) (HT)
IM (HSA)	Coagulación (HSA)	Eco abdominal (HSA)
Parche (HSA)	Velocidad (HSA)	Rx (especificar) (HSA)
Inhaladores (HSA)	Gases (HSA)	Espirometría (HT)
Nebulizadores (HSA)	Esputo (HSA)	Ecocardiograma (HT)
O2 con VMK (HSA)	Orina (sedimento) (HSA)	EEG (HT)
O2 normal (HSA)	Orina (urocultivo) (HSA)	TAC (HT)
IV- continuo (HT)	Hemocultivo (HSA)	RMN (HT)
IV-8h. (HSA)	Coprocultivo (HSA)	Gastroscopia (HT)
IV-12h. (HSA)		Colonoscopia (HT)
IV-24h. (HSA)		Biopsia (HT)
Otros (especificar)		Citología LCR (HT)
		P. Baritada (HT)
		Eco-Doppler-TSA (HT)
		Cateterismo (HT)
		Tomografía ósea (HT)
		Prueba esfuerzo (HT)

Además se han registrado las variables: Fecha de Alta y Diagnósticos al Alta (CMBD)

La recogida de los datos se realizará conforme al siguiente calendario

- «Cuestionario de Valoración de Pacientes Sub-agudos y Sociosanitarios» se realizó en las primeras 48-72 horas tras ingreso del paciente.
- La valoración de los procedimientos diagnósticos y del tratamiento instaurado desde el ingreso hasta el alta se ha valorado retrospectivamente, tomando como referencia los días 5º y 10º tras ingreso del paciente
- El Protocolo de Adecuación del Ingreso se ha registrado retrospectivamente, tras el alta del paciente del hospital.

Muestra (diseño y tamaño muestral): se ha seleccionado una muestra (n = 414) del total de pacientes que reunían los criterios de inclusión y fueron ingresados en los servicios ya indicados. Para la selección se realizó un muestreo sistemático entre el total de ingresos diarios y basados en el orden de ingreso (uno/tres) los siguientes días de la semana: martes, miércoles, jueves y viernes durante los meses de julio a septiembre, ambos inclusive. A la luz de las estadísticas de ingresos hospitalarios se estimó el total de ingresos durante los 50 días de estudio, de los que se seleccionaron los 414 pacientes que constituyeron la muestra de estudio y cuya distribución por edad fue proporcional a la indicada por las estadísticas de ingresos hospitalarios.

Periodo de Estudio: la recogida de datos se llevo a cabo durante los meses: Julio-Octubre de 2006.

Criterios de inclusión: todo paciente mayor de 70 años, con ingreso urgente no quirúrgico en un servicio médico del HD (Medicina Interna, Neumología, Cardiología, Neurología y Digestivo).

Criterios de exclusión: paciente menores de 70 años, ingresados de forma urgente o programada por precisar una intervención quirúrgica.

Resultados:

La muestra estudiada representa el 21% de los pacientes de edad superior o igual a 70 años, ingresados en los servicios de medicina interna, neurología, neumología, digestivo o cardiología desde el servicio de urgencias en el periodo de estudio –desde el tres de Julio de 2006 hasta el 17 de octubre del mismo año. El tamaño muestral incluido en el estudio ha comprendido un total de 414 pacientes, de los que el 51,8% han sido mujeres y el restante 48,2% hombres. La edad media de los ingresados ha sido de 81,2 años y la estancia media de 8,7 días.

Según el Protocolo de Adecuación del Ingreso, el 17,6% de los ingresos son inapropiados, sien-

do este porcentaje similar en ambos sexos. Los pacientes con ingreso adecuado son ligeramente más ancianos (81,5 años \pm 7 y 79,8 años \pm 5,6 respectivamente), mientras que la estancia media de hospitalización es superior entre los pacientes con ingreso inapropiado (10.3 días \pm 8.78.4 y días \pm 5.8 respectivamente).

De acuerdo al Cuestionario de Valoración de Pacientes Sub-agudos y Sociosanitarios la situación médica es significativamente peor (puntuación más elevada) y las cargas de enfermería superiores en los pacientes con ingreso adecuado. Por el contrario, la puntuación en el apartado social es más elevada entre los pacientes con ingreso inadecuado, indicando peor capacidad de su entorno social para proporcionar cuidados. El estatus funcional, tanto antes del ingreso como en el momento del ingreso es peor entre los pacientes con ingreso apropiado a la vez que experimentan un mayor deterioro funcional durante el ingreso y el estatus cognitivo también es peor en los pacientes con ingresos apropiados (Tabla 24).

Tabla 24. Características de los pacientes según tipo de ingreso

		Ingresos adecuados	Ingresos inadecuados	p
		N (%)	N (%)	
Ingresos hospitalarios		341 (82.4)	73 (17.6)	
Sexo:	Mujeres	163 (47.9)	36 (49.3)	ns
	Hombres	177 (52.1)	37 (50.7)	
Edad (media, DE)		81.5 \pm 6.8	79.8 \pm 5.6	0.05
Estancia media (media, DE)		8.4 \pm 5.8	10.3 \pm 8.7	0.01
Nº reingresos (media, DE)		0.9 \pm 1.4	0.7 \pm 1.4	ns
Val. Medica (media, DE)		15.3 \pm 5.7	12.3 \pm 5.9	0.0001
Val enfermería (media, DE)		13.0 \pm 7.7	9.9 \pm 6.8	0.001
Val. Social (media, DE)		14.6 \pm 4.6	15.5 \pm 4.8	ns
Puntuac. Total (media, DE)		42.9 \pm 14.1	37.7 \pm 14.0	0.01
Nº técnicas enfermería	Una/ninguna	208 (77.2)	61 (83.2)	0.0002
	\geq 2 técnicas	132 (38.8)	12 (16.4)	
Nº pat. asociada	0	17 (5.0)	3 (4.19)	ns
	1-2	176 (51.8)	44 (60.3)	
	\geq 3 pat.	147 (43.2)	26 (35.6)	
Barthel	Antes del ingreso	72.6 \pm 33.6	81.6 \pm 29.6	0.002
	Al ingreso	42.5 \pm 33.3	55.9 \pm 33.3	0.03
Evolución funcional	Mantiene	87 (25.6)	22 (30.1)	0.4
	Perdida parcial	51 (15.0)	7 (9.6)	
	Perdida total	202 (59.4)	44 (60.3)	
Minimal	Sin afectación	92 (27.1)	32 (43.8)	0.03
	Discreta afect.	75 (22.1)	14 (19.2)	
	Moderada afect.	23 (6.8)	3 (4.1)	
	Severa afect.	150 (44.1)	24 (32.9)	

La tabla 25 recoge la importancia y frecuencia de los criterios de adecuación. Entre los pacientes con ingreso adecuado, «la administración de medicación intravenosa y/o reposición de fluidos» es la causa más frecuente de ingreso (79%),

seguido de «alteraciones electrolíticas/acido-base severas no corregida en urgencias» (15%) y en tercer lugar «la inmovilidad de alguna parte del cuerpo en las 48 horas precedentes» (9%).

Tabla 25. Criterios de adecuación y su distribución

Criterios de adecuación	N (%)
Criterios referentes a la condición del paciente	
1. Pérdida de conciencia, estado de desorientación, como o falta de respuesta	20 (5,9)
2. Frecuencia del pulso <50 o >140 pulsaciones por minuto	18 (5,3)
3. Presión arterial: sistólica <90 o >200 mmHg y/o diastólica <60 o 120 mmHg	18 (5,3)
4. Pérdida aguda de visión o audición en las 48 h. previas	1 (0,3)
5. Pérdida aguda de movilización de cualquier parte del cuerpo	31 (9,1)
6. Fiebre persistente >38 °C durante más de 5 días	1 (0,3)
7. Hemorragia activa	28 (8,2)
8. Alteración electrolítica/acido-base severa no corregida en urgencias: - Na < 123 mEq/l, > 156 mEq/l - K < 2,5 mEq/l, >6,0 mEq/l - pO ₂ < 60 mm Hg - pCO ₂ < 20 mm Hg, > 36 mm Hg - pH arterial < 7,30, > 7,45	50 (14,7)
9. Evidencia ECG de isquemia aguda. Debe ser sospecha de IAM	12 (3,5)
10. Evisceración o dehiscencia de herida quirúrgica	1 (0,3)
Criterios referentes a la intensidad de los cuidados prestados	
11. Medicación intravenosa, reposición de fluidos o ambas	267 (78,5)
12. Intervención quirúrgica, o examen, en las 24 horas siguientes a la admisión, y requiriendo: - Anestesia general o regional o - Equipamiento o instalaciones cuya utilización exija internamiento en el hospital	8 (2,4)
13. Monitorización de constantes vitales al menos c/2 horas	9 (2,6)
14. Observación continua por posible reacción tóxica de riesgo vital secundario a la medicación administrada.	1 (0,3)
15. Respirador continuo o intermitente por lo menos c/ 8 horas.	1 (0,3)
16. Criterios extraordinarios.	1 (0,3)
TOTAL	341 (100)

Por el contrario, la causa más frecuente de ingreso inadecuado es que las «pruebas diagnósticas o terapéuticas podían ser realizadas externamente», evitando el ingreso del paciente (33%); la segunda causa de ingreso inadecuado, relacionada con la anterior, es la «imposibilidad de

programar las pruebas diagnósticas o terapéuticas como paciente externo, aunque el procedimiento se podría haber realizado ambulatoriamente» (29%). En un tercer lugar se sitúan los problemas sociales como causa de ingresos inadecuados (12%).

Tabla 26. Causas más frecuentes de ingreso inadecuado y su distribución

Criterios de inadecuación	N (%)
1. Las pruebas diagnósticas o terapéuticas pueden ser realizadas como paciente externo	24 (32,9)
2. La opinión del especialista o los resultados de la pruebas no se obtienen durante el periodo de espera en Urgencias	2 (2,7)
3. No era posible programar las pruebas diagnósticas o terapéuticas como paciente externo, aunque el procedimiento se podría haber realizado ambulatoriamente	21 (28,8)
4. Práctica conservadora (medicina defensiva)	1 (1,4)
5. Paciente que requiere cuidados institucionales pero de un nivel inferior que el proporcionado en el H. Agudos	2 (2,7)
6. Admisión requerida por el médico general o el especialista	5 (6,9)
7. Admisión solicitada por el paciente o la familia	1 (1,4)
8. Problema social	9 (12,3)
8. Otros	3 (4,1)
TOTAL	73 (100)

El hecho de que la causa de ingresos inadecuados en más de la mitad de los pacientes sean los problemas para la realización de pruebas diagnósticas o procedimientos terapéuticos de forma externa, explicaría que al 68,5% de los pacientes (50 casos) con ingreso inadecuado según AEP, se les haya aplicado tratamientos o procedimientos considerados propios de un hospital de nivel terciario, tales como TAC (50%); Ecocardiograma (24%); Holter (22%); RMN (10%); Gastroscofia (10%); P. baritada (10%) (Tabla 26).

La evaluación de las pruebas diagnósticas y tratamientos instaurados en los primeros 10 días de ingreso indica que del total de los 414 pacientes estudiados, a 114 (27.5%) no se les aplicó ni tratamiento ni pruebas diagnósticas propias de un hospital terciario y por tanto, en caso de requerir ingreso, podrían ser candidatos a un HSA/ME.

Además, cuando se comparan los datos de adecuación de ingresos según AEP y la adecuación del nivel hospitalario asignado, a través de los tratamientos y pruebas diagnósticas solicitadas, se observa que al menos el 4.1% (17 pacientes)

no reúnen el criterio de ingreso adecuado en ninguno de los dos parámetros evaluados (AEP vs. diagnóstico y tratamiento). Un 23,4% (97 pacientes), el protocolo AEP los define como ingresos apropiados y por tanto son pacientes que requieren ser ingresados en un centro hospitalario. Sin embargo, el nivel terciario no es el más idóneo ya que no se les aplica ni tratamiento ni prueba diagnóstica propio de este nivel durante su ingreso, siendo también posibles candidatos a la hospitalización en niveles intermedios (ME). Además, el 13,6% (56 pacientes) que fueron ingresos inapropiados según AEP, recibieron tratamientos o procedimientos diagnósticos aplicados en hospitales terciarios en nuestra Comunidad. Se trata de casos, cuyos ingresos podrían evitarse en caso de que la organización y los medios permitieran tratar o estudiar los pacientes de forma ambulatoria o externa. Finalmente, el 58.9% de los pacientes (244 casos) son ingresos adecuados según los criterios de ambos parámetros, y por tanto su ingreso en un hospital terciario (HD) estaría justificado (Tabla 27).

Tabla 27. Concordancia entre AEP y Valoración de procedimientos diagnósticos y terapéuticos de HT

	AEP			
		Ingresos adecuados N (%)	Ingresos inadecuados N (%)	Total N (%)
Diagnóstico y/o tratamiento de H. de Agudos	Si	244 (58.9)	56 (13.6)	300 (72.5)
	No	97 (23.4)	17 (4.1)	114 (27.5)
	Total	341 (82.4)	73 (17.6)	414 (100)

En resumen, tal como indica la tabla 27, más de la mitad de los pacientes (58.9%) estudiados son correctamente ingresados en el HD, el 17.6% de los ingresos son inadecuados y deberían ser evitables, y el restante 23,4% de pacientes requiere ingreso hospitalario, pero posiblemente el nivel asignado no es el más idóneo ni para el paciente ni para el sistema sanitario, siendo más apropiada la hospitalización en un nivel intermedio (ME).

Los datos obtenidos mediante el «Cuestionario de Valoración de Pacientes Sub-Agudos y Socio-sanitarios» sobre la carga médica, de enfermería, social y estatus funcional y cognitivo de los pa-

cientes ingresados corroboran la necesidad de niveles intermedios de hospitalización. Los resultados para los cuatro grupos de pacientes según grado de adecuación en su ingreso, indican que la puntuación media obtenida en el cuestionario por los 244 pacientes, cuyo ingreso en un hospital de nivel terciario estaba justificado, fue de 45.4 puntos, mientras que los otros tres grupos, para los cuales el ingreso fue inadecuado o menos justificado, obtuvieron una puntuación significativa inferior, particularmente en el primer grupo de pacientes que alcanza tan sólo 33.3 puntos (Tabla 28).

Tabla 28. Características de los pacientes según grado de adecuación en el ingreso

	Grado de Adecuación de los ingresos			
	Grupo I AEP: inadecuado PDT: inadecuado n= 17	Grupo II AEP: inadecuado PDT: adecuado n= 56	Grupo III AEP: adecuado PDT: inadecuado n= 97	Grupo IV AEP: adecuado PDT: adecuado n= 244
Val. médica	10.7±6.2	13.3±5.4	14.6±4.3	16.1±5.3
Val. enfermería	7.4 ± 5.4	11.0±6.7	11.6±6.5	14.1±7.6
Val. social	15.2± 5.1	16.1±3.7	14.6±4.1	15.2±3.9
Val. total	33.3± 12.2	40.5±12.4	40.9±10.8	45.4±12.6
Barthel al ingreso	63.7±32.8	53.6±33.4	48.7±32.3	39.9±33.3
Barthel antes ingreso	79.5±33.4	82.3±28.7	70.5±33.9	73.4±33.4
Pat. Asociada >=3	23.5%	39.5%	48.5%	41.0%
Tec. Enfermería ≥ 2	5.9 %	19.6%	32.0%	41.4%
Grave afect. Cognit.	23,5%	35,7%	28,9%	50,0%
Número reingresos	0.73± 1.5	0.67 ± 1.4	1.29 ± 1.6	0.75 ± 1.2

PDT: adecuado: Pruebas Diagnósticas y Terapéuticas propias de HT.

PDT: inadecuado: No Pruebas Diagnósticas y Terapéuticas propias de HT.

También se observa un claro gradiente en el estatus funcional y cognitivo de los pacientes según el grado de adecuación del ingreso, así como en la carga de técnicas de enfermería y el número de patologías asociadas.

En el Grupo III se observa un mayor número de reingresos: 1,29 ingresos de media en el último año. Tal como sugieren los datos de la tabla 28, se trata de un grupo con elevada comorbilidad (más del 48% tiene 3 o más patologías) peor estatus funcional y con un número de ingresos superior a los demás grupos. La gran vulnerabilidad de estos pacientes hace que su ingreso en un centro hospitalario sea necesario y considerado adecuado, pero la no aplicación de trata-

mientos o pruebas diagnósticas propias de hospital terciario sugiere que posiblemente se trate de pacientes descompensados, que no requieren nuevos diagnósticos o tratamientos vanguardistas, y que por tanto el nivel de ingreso más apropiado habría sido en centros de ME.

También los diagnósticos al alta varían según el grado de adecuación en el ingreso. Entre los pacientes con ingreso inadecuado (Grupo I), más del la mitad de los diagnósticos corresponden a las enfermedades del Aparato Circulatorio y Respiratorio, especialmente la insuficiencia cardiaca (23.5%). En el Grupo II, los diagnósticos al alta más frecuente son las neoplasias, siendo las causas de ingreso inadecuado más importantes: la

no realización de las pruebas diagnósticas y terapéuticas ambulatoriamente, aunque podrían aplicarse a pacientes externos (31%), ingresos para pruebas diagnósticas o tratamiento por no ser programables como externos (39%) y pacientes que requerían cuidados de nivel inferior (15%). En definitiva se trataría ingresos evitables con una adecuación de la organización hospitalaria. En el Grupo III la gran mayoría de los diagnósticos corresponden al epígrafe de las Enfer-

medades del Aparato Circulatorio y Respiratorio (28.9% y 50.5% respectivamente). Se trata en su mayoría de pacientes con patología crónica para lo que el nivel de hospitalización idóneo no sería el hospital terciario, ya que no se les aplica tratamiento o prueba diagnóstica que requiera tal nivel, sino un nivel intermedio (Hospital de Media Estancia). También en el Grupo IV los diagnósticos del grupo de las Enfermedades del Aparato Circulatorio y Respiratorio son más frecuentes.

Tabla 29. Diagnósticos al alta más frecuentes según tipo de ingreso

Diagnóstico principal	Grado de Adecuación			
	Grupo I AEP: inadecuado PDT: inadecuado n= 17	Grupo II AEP: inadecuado PDT: adecuado n= 56	Grupo III AEP: adecuado PDT: inadecuado n= 97	Grupo IV AEP: adecuado PDT: adecuado n= 244
Infecciosas (1-139)	0	0	0	6 (2.0)
Neoplasias (140-239)		13 (23.2)	0	7 (2.9)
Enf. Sist. Nervioso (320-389)	1 (9.9)	5 (8.9)	2 (2.1)	6 (2.5)
Enf. aparato circulatorio (390-459)	7 (41.2)	10 (17.9)	28 (28.9)	84 (34.4)
Insuficiencia cardiaca (428)	4 (23.5)	12 (3.6)	13 (23.4)	22 (9.0)
Disritmia cardiaca (427)	1 (5.9)	3 (5.4)	5 (5.2)	14 (5.7)
Enfermedad Hipertensiva (401-405)	1 (5.9)	1 (1.8)	4 (4.1)	6 (2.5)
ECVA (430-438)	0	1 (1.8)	1 (1.0)	25 (10.2)
Enf. aparato respiratorio (460-519)	2 (11.8)	1 (1.8)	49 (50.5)	53 (21.7)
EPOC (490-496)	6 (2.0)	1 (1.8)	14 (14.4)	15 (13.2)
Enf. del sistema urinario (580-629)	1 (5.9)	2 (3.6)	4 (4.1)	15 (6.1)
Resto	6 (35.3)	31 (55.4)	83 (14.4)	73 (29.9)

Mediante análisis de regresión logística se han definido los factores predictores de la hospitalización inapropiada. La tabla 30 indica que la presencia de factores como peor estatus funcional previo al ingreso, mayor necesidad de técnicas

de enfermería, e ingreso por ECVA son factores asociados a ingresos adecuados; mientras que los ingresados por EPOC y Neoplasias y el peor estatus cognitivo predicen una menor adecuación en los ingresos hospitalarios.

Tabla 30. Factores asociados a la hospitalización adecuada. Modelo ajustado por edad y sexo

	OR	IC 95%	p
Barthel antes del ingreso	1,01	1,01-1,02	0,02
Estatus cognitivo	0,97	0,96-0,99	0,004
Número de técnicas de enfermería (<2 vs. ≥2 técnicas)	1,88	1,09-3,23	0,02
Neoplasia	0,33	0,12-0,88	0,02
ECVA	7,54	1,71-33,15	0,008
Insuficiencia Cardiaca	0,79	0,39-1,61	0,5
Disritmia	1,18	0,48-2,91	0,7
EPOC	0,23	0,08-0,67	0,007
Enfermedad Hipertensiva	0,61	0,19-2,04	0,4
Número de reingresos	0,87	0,73-1,02	0,08

Variable dependiente: ingresos adecuados (Grupo IV) vs. ingresos inadecuados (Grupos I, II, III).

Discusión

Los instrumentos para evaluar la adecuación de las hospitalizaciones son herramientas de indudable valor para conseguir una gestión eficiente. Sin embargo, es preciso señalar que los protocolos y escalas de valoración, como el AEP, no están diseñados para establecer una indicación de ingreso, ni para establecer los cuidados que requiere un determinado paciente. De hecho, hay autores que advierten de la ocurrencia de ingresos adecuados, pero absolutamente inútiles e ingresos inadecuados pero imprescindibles¹⁰⁸.

Además, el grado de adecuación/inadecuación puede variar según la estructura asistencial de un sistema sanitario y sus características organizativas, así como las características de los pacientes. Es por ello que en este estudio se ha estudiado la adecuación/inadecuación desde distintas perspectivas, utilizando diferentes herramientas de valoración y se ha tratado de cuantificar, no sólo los ingresos inadecuados producidos en un hospital de tercer nivel en población mayor con patología crónica, sino también cuantos de ellos requerían ser atendidos en un hospital del citado nivel y cuantos podrían haber sido atendidos en ámbitos asistenciales intermedios.

Los resultados descritos indican que la tasa de ingresos inadecuados es del 17,6%, siendo algo más elevada entre los pacientes más jóvenes. La proporción de ingresos inapropiados en este estudio es similar al descrito en estudios previos llevados a cabo en el ámbito español en población mayor¹⁰⁹ o en hospitalizaciones de pacientes no quirúrgicos, cuyas tasas oscilan entre el 15 y 18%^{2, 110, 111}. Sin embargo, trabajos desarrollados con igual propósito y basados en la utilización del AEP, dan estimaciones diferentes que oscilan en torno al 30% en USA¹¹²; 6% en Inglaterra¹¹³ ó 18% en Israel¹¹⁴. Algunos autores señalan las diferencias en la práctica clínica como razón que explicaría la variabilidad de estas cifras.

Existe controversia respecto a la relación entre el grado de inadecuación y la edad de los pacientes. Mientras algunos estudios describen una mayor proporción de uso inadecuado en la población de más edad¹⁵, otros trabajos describen

un mayor riesgo de ingreso inapropiado en los pacientes más jóvenes^{106,111}. Según nuestros resultados, la media de edad es sólo ligeramente menor en los ingresos inadecuados respecto a los adecuados, aunque las diferencias observadas son estadísticamente significativas. Pero los resultados son difícilmente comparables con los estudios citados, ya que únicamente se han estudiado pacientes de 70 y más años.

La estancia media es mayor entre los ingresos inadecuados que supera en dos días la estancia de los pacientes con ingreso adecuado, hecho que ha sido constatado por otros estudio que confirman mayores porcentajes de inadecuación de los ingresos en los pacientes con mayores estancias medias¹.

Las dos razones más frecuentes de inadecuación, las cuales explicarían más del 60% de la inadecuación, son que las pruebas diagnósticas o terapéuticas podían ser realizadas como paciente externo, y la segunda causa relacionada con la anterior, pues se trata de ingresos de pacientes para pruebas diagnósticas o terapéuticas que se podrían realizar ambulatoriamente. Este dato se evidencia no solamente mediante los criterios de inadecuación registrados por AEP, sino también a través de la evaluación de pruebas diagnósticas y terapéuticas aplicado en este estudio que indica que al 77% de los ingresos inadecuados se les aplicó alguna prueba propia de hospital terciario, siendo el 23% de los casos pacientes oncológicos. Estudios previos han señalado la misma causa como el principal factor de inadecuación^(109,110,111,113) sugieren que la aplicación ambulatoria de pruebas diagnósticas y terapéuticas puede ser uno de los puntos a actuar si se quiere lograr una gestión eficiente y proponen que la puesta en marcha de consultas externas dinámicas y accesibles podría repercutir en la reducción de las tasas de inadecuación¹¹¹.

Además de determinar la inadecuación basados en el AEP, una de las aportaciones de nuestro estudio es evidenciar y cuantificar la proporción de pacientes que aun precisando hospitalización, podrían ser susceptibles de ingreso en centros de un menor nivel. Los resultados obtenidos en este estudio indican que el 23,4% de los pacientes, cuyo ingreso fue adecuado, no recibieron ni

tratamiento ni pruebas diagnósticas en los diez días posteriores al ingreso que justificaran su estancia en un hospital terciario. Este hecho pone de manifiesto que actualmente existe una demanda de niveles asistenciales diferentes al tercer nivel, que ha sido definido en la literatura como niveles intermedios^{116,117} y que en nuestro Sistema Sanitario son denominados como hospitales de sub-agudos ó hospitales de ME.

Esta demanda es especialmente importante en pacientes mayores con patología crónica ya diagnosticada, y que son objeto de frecuentes descompensaciones, a la vez que de un deterioro progresivo de su estado general. El ejemplo paradigmático de este tipo de pacientes son los afectos de enfermedad respiratoria (en nuestro estudio el 50% de los casos) y particularmente la EPOC (14%) ó la Insuficiencia Cardíaca (23%), para los que el tratamiento y manejo está perfectamente estandarizado y su aplicación en la mayoría de los pacientes no requiere centros de elevado nivel de cualificación, pero sí con un sistema de cuidados adaptado a esta realidad.

La justificación de este tipo de alternativas no es sólo la reducción de los costes económicos, sino además y fundamentalmente, que deben ser dispositivos adaptados a las características clínicas, funcionales, cognitivas, de cuidados y sociales de estos pacientes, con el fin de que se minimicen las pérdidas físicas y mentales y se maximicen las ganancias en salud.

Tal como indican los resultados de este estudio la necesidad de los cuidados y técnicas de enfermería es elevado en estos pacientes (el 32% precisan más de dos técnicas) y la pluripatología es muy frecuente (casi la mitad de pacientes presenta 3 o más patologías). En consecuencia, la adaptación de los centros hospitalarios a esta realidad no requiere únicamente el ajuste de los recursos materiales y tecnológicos, sino también de personal y organización. Tal como señalan algunos autores^{116,117}, todavía hay escasa evidencia sobre los beneficios de este tipo de dispositivos, pero el Departamento de Salud Ingles¹¹⁸ en su circular de definición de los cuidados intermedios plantea que para su funcionamiento exitoso requieren de instrumentos como unidades de evaluación preadmisión del paciente, proto-

colos de apoyo al alta temprana, desarrollo de servicios comunitarios que den continuidad a los cuidados, etc. Es decir, objetivos como «promocionar la independencia y prevenir las admisiones innecesarias» en población mayor con patología crónica no son alcanzables desde el abordaje exclusivamente hospitalario, sino que exigen un análisis más amplio del modelo asistencial necesario y desde una perspectiva integral de lo que son las necesidades de estos pacientes.

En coherencia con lo expuesto hasta aquí, el análisis de los factores predictores de ingresos inadecuados o ingresos en niveles asistenciales inapropiados indica que el riesgo de inadecuación es mayor en los pacientes con patología tumoral o con EPOC. La inadecuación en los ingresos no es atribuible a una única causa, pues depende en parte de las decisiones médicas, que a su vez están mediatizadas por la disponibilidad de recursos diagnósticos y terapéuticos hospitalarios y las condiciones en las que se desarrolla la atención social y sanitaria. Pero el desarrollo de guías, protocolos de flujo de los pacientes en el sistema asistencial y manejo clínico de las patologías más frecuentes entre los ingresos inadecuados (EPOC, Neoplasias) y el desarrollo de recursos alternativos a la hospitalización de agudos, pueden ser medidas que pueden mejorar la eficiencia de los hospitales y la calidad de la asistencia a la población mayor.

5.2.4. Conclusiones: experiencias en Gipuzkoa

1. El cuestionario de valoración de pacientes utilizado en Gipuzkoa ha demostrado ser útil en la evaluación de las necesidades de los pacientes mayores con patología crónica tanto cuando están en domicilio, como cuando estando en un dispositivo asistencial presentan un cambio en la necesidad de cuidados.
2. Las necesidades sociosanitarias de la mayoría de los pacientes mayores con patología crónica que residen en su domicilio están bien atendidas por los equipos de atención primaria y su ubicación en domicilio es la más adecuada, siempre que las circunstancias de salud y sociales lo permitan y disponga de los

servicios de apoyo necesarios. La presencia de criterios de fragilidad condiciona esta atención.

3. La derivación ordenada y programada de pacientes desde atención primaria a otros dispositivos sanitarios o sociosanitarios (CR), conlleva una utilización eficiente de los recursos; evita consultas de urgencias hospitalarias y hospitalizaciones innecesarias en hospitales de agudos.
4. Los resultados descritos indican que la tasa de ingresos inadecuados es del 17,6%, siendo algo más elevada entre los pacientes más jóvenes. En estos pacientes la estancia media supera en dos días a la estancia de los pacientes con ingreso adecuado.
5. La división entre necesidades sanitarias y sociales de los pacientes mayores en general y de los pacientes mayores con patología crónica en particular hace que muchas veces se produzcan estancias inadecuadas en los servicios sanitarios especializados, porque las estructuras sociales presentan una baja capacidad de absorber la demanda generada por estos pacientes y reducidas posibilidades de derivar a dispositivos sociales a los pacientes ingresados en Cruz Roja.
6. Los esfuerzos realizados en Gipuzkoa por ordenar la asistencia a los pacientes mayores con patología crónica ha conllevado un incremento de los ingresos en los Hospitales de Media Estancia, tanto desde los hospitales de agudos de nivel terciario como de los comarcales, así como desde Atención Primaria.
7. En la realidad asistencial de la CAPV, los hospitales de Media Estancia son la alternativa mejor adaptada y más adecuada para la atención de los pacientes mayores con patología crónica, con elevado riesgo de deterioro funcional y elevada vulnerabilidad como la descrita en los apartados anteriores.
8. La coordinación entre los niveles hospitalarios y Atención Primaria en la atención a estos pacientes puede permitir el uso programado de los hospitales de Media Estancia, evitando ingresos inapropiados en los hospitales de agudos y reduciendo el número de consultas a los servicios de urgencias hospitalarias.

6. MODELO DE ATENCIÓN PROPUESTO

6.1. BASES DEL MODELO PROPUESTO

A lo largo del presente documento hemos ido exponiendo diferentes estudios que muestran la atención sanitaria y sociosanitaria actual a las personas mayores con patología crónica.

Así mismo, se ha realizado una revisión de la bibliografía y análisis de las propuestas de atención y se han realizado tres estudios que avalan bastantes de las recomendaciones observadas en la revisión. Destacamos los siguientes resultados que nos apoyan en la necesidad de adaptar y modificar el sistema de atención a las personas mayores con patología crónica.

- En el estudio de AP los pacientes mayores con patología crónica en domicilio se encuentran bien ubicados según la valoración integral realizada. Se trata de pacientes con patología crónica controlada, poca dependencia física /psíquica y buen soporte familiar y social.
- En el estudio de adecuación de ingresos nos encontramos con 4 grupos de adecuación / inadecuación:
 - Grupo I (ingresos inadecuados) representa el 17,6 %, su problema de salud se debería haber resuelto en otro nivel asistencial (no hospitalario).
 - Grupo II pacientes cuyo motivo de ingreso es la «dificultad de realización de pruebas diagnósticas, propias de nivel especializado, de forma ambulatoria; representa el 17,6 %, se trata de ingresos evitables con una adecuación de la organización hospitalaria.
 - Grupo III, representa un 25%, se trata de pacientes con patología crónica con necesidad de hospitalización pero cuyo nivel de hospitalización idóneo no sería el hospital de agudos ya que no se les aplica tratamiento o prueba diagnóstica que requiera tal nivel.
 - Grupo IV se trata de pacientes con ingreso adecuado en el Hospital de agudos y re-

presentan más de la mitad de los pacientes.

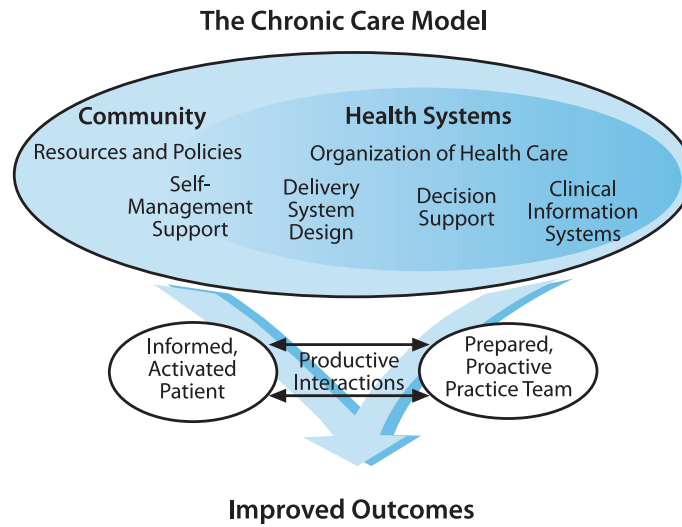
- Derivaciones a Media Estancia y dispositivo sociosanitario, se observa un incremento del 49% en el periodo 2004 y 2006.
- Aproximadamente la mitad de los pacientes presentan moderada-grave afectación cognitiva; están encamados más del 50% del tiempo. Uno de cada cuatro el motivo del traslado era por enfermedad crónica de evolución lenta, y el 62% de los ingresados tenían dos o más patologías crónicas asociadas.
- Precisan «tratamientos complejos» (89%), apoyos especiales (69%), requieren curas (42%) y terapias rehabilitadoras (41%).
- Cuatro de cada diez pacientes presentaban una discapacidad moderada o severa para las AVD y algo más de la mitad una dependencia total para la ejecución de dichas actividades.

La conclusión de los apartados anteriores nos conduce a decir que la población mayor con patología crónica es heterogénea respecto a necesidad de recursos sanitarios y sociosanitarios. Se debe diferenciar a la persona mayor sana, de la enferma afecta de patología crónica con buen control de la misma y a ésta del anciano que cumple criterios de fragilidad.

Desde el punto de vista biomédico existe una clara diferencia entre el adulto maduro y el anciano, que esta relacionada con el deterioro de la adaptabilidad. Conforme la expectativa de vida se aproxima a los límites biológicos de la longevidad, es el momento de reconocer como objetivo principal del cuidado médico el mejorar la función del paciente y reducir el grado de enfermedad.

El modelo esta basado, por lo tanto, en la exigencia y existencia de niveles asistenciales en función de las necesidades sanitarias y sociales que plantean los ancianos con patología crónica, desde una visión holística y no sólo biomédica, que garantizaran el tipo y calidad de sus cuidados preventivos, progresivos, integrales y continuados.

Figura 2. Modelo de cuidados de las patologías crónicas CCM



Las líneas de intervención irían, por tanto, encaminadas a eliminar o retrasar el inicio de la enfermedad, enlentecer su ritmo de progresión y preservar la función o restaurarla en caso de pérdida en la medida de lo posible.

El modelo de atención a la patología crónica diseñado por Wagner⁸⁷⁻⁹⁰ (CCM) es de gran utili-

dad en la planificación de la asistencia integral de los pacientes mayores con enfermedades crónicas (Figura 2). Según este modelo las intervenciones se pueden categorizar de acuerdo con los componentes descritos por Adams⁹¹ y que se describen en la tabla 31.

Tabla 31. Intervenciones categorizadas en los componentes del CCM

CCM: Componentes del modelo	
Autocuidados	Educación sanitaria y/o apoyo para modificación de hábitos
Provisión de cuidados	Accesibilidad a cuidados apropiados garantizada las 24 horas del día y los 7 días de la semana
Apoyo en las decisiones	Guías de practica clínica y/o guías de expertos
Sistema de información clínica	Integral: registros clínicos de asistencia sanitaria; poblacionales y registros de farmacia

El modelo, así planteado, debe asentarse sobre cuatro pilares fundamentales: detección precoz, continuidad de los cuidados, coordinación entre niveles asistenciales y valoración integral del paciente.

Detección precoz, desde Atención Primaria, que obliga al cuidado anticipatorio, a la búsqueda de signos de alarma de deterioro funcional, con la intención de prevenir la incapacidad grave en lugar de esperar a que ésta se produzca. Permite, además, potenciar el protagonismo del paciente en su cuidado.

- Continuidad de cuidados: seguimiento continuado del enfermo a lo largo de sus cambian-

tes necesidades asistenciales durante el curso de su enfermedad: cuidados agudos en las fases de reagudización. Cuidados de recuperación funcional, cuidados de mantenimiento, cuidados ambulatorios o cuidados en la fase final de la vida, garantizando en cada circunstancia un acceso al recurso idóneo de la forma más adecuada (urgente/programada).

- Coordinación eficaz entre los niveles asistenciales que van a satisfacer cada una de estas necesidades de cuidados, permitiendo actuar de manera continuada sobre el enfermo, evitando los vacíos asistenciales que se producen con más frecuencia de la deseada.

- Valoración integral y equipo multidisciplinar. Desde el punto de vista de la valoración clínica del anciano debemos de tener en cuenta que se presenta con rasgos diferenciados, con infravaloración y/o mal interpretación de los síntomas, cambios en la naturaleza, frecuencia y presentación de la enfermedad y una mayor incertidumbre en las decisiones diagnóstico terapéuticas (infrautilización, sobreutilización y mala utilización).

Por otra parte actualmente el parámetro más fiable como predictor de mortalidad y discapacidad es la evaluación de la funcionalidad por lo que la detección de alteraciones funcionales en el anciano es fundamental en el diagnóstico de su enfermedad ya que en el anciano todo trastorno puede expresarse como pérdida de funcionalidad. Cada enfermedad origina un patrón tipo de pérdida de función.

Por tanto en el anciano, valoración clínica y valoración funcional, deben ir íntimamente unidas en el objetivo del desarrollo de un plan terapéutico y de cuidados y quedar registrados en la historia clínica del paciente. Si a ello unimos la problemática social que se suele presentar en la mayoría de los ancianos llegamos a la necesidad de trabajar mediante una valoración integral que incorpore las tres disciplinas médica, enfermería y social.

6.2. NIVELES ASISTENCIALES DEL MODELO PROPUESTO

A. Atención Primaria

La actividad realizada por los equipos de atención primaria constituye el pilar de la atención a las personas mayores en general y con patología crónica en particular.

El funcionamiento se basa en equipos médico-enfermera que se integran a su vez en el equipo de Atención Primaria de un Centro de salud.

El médico, la enfermera, el enfermo y su cuidador, cuando exista, forman un equipo de atención, bien en el centro de salud, bien en el domicilio del paciente.

La atención primaria debe fundamentar la atención a estos pacientes en una importante capa-

cidad de resolución de los problemas en este nivel asistencial, basado en la potenciación de la prevención, la identificación de la dependencia y un manejo clínico integrador de todas las disciplinas involucradas en la asistencia al paciente con patología crónica. Potenciando el autocuidado en el paciente con patología crónica controlada y la valoración integral y la gestión de casos en los pacientes complejos con gran necesidad de cuidados y alto riesgo de empeoramiento. Todo ello debe conducir a una reducción de los ingresos hospitalarios, vía urgencias, en el Hospital de Agudos. El Centro de Salud debe adecuar su oferta de atención al perfil de población que tiene asignada. Su oferta de servicios debería contemplar:

a.1. Consultas en el Centro de atención primaria para pacientes con patología crónica controlada, autónomos y con un buen soporte familiar.

a.2. Equipo de atención domiciliaria: médico y enfermera para la atención de pacientes con patología crónica evolucionada, con diferentes grados de dependencia física y/o psíquica, necesidad de técnicas de enfermería y situación de riesgo social (colaboración de la asistente social del centro y/o del municipio). En base a los resultados de actividad presentados, enfermería podría ser responsable de la valoración integral de pacientes, identificación de problemas y coordinador de la intervención del resto del equipo.

a.3. La derivación a otro nivel asistencial desde Atención Primaria ha de tener siempre un carácter de provisionalidad. Es un flujo de atención que retorna a su nivel asistencial: Atención Primaria. Desde Atención primaria el paciente puede ser derivado:

- A los servicios de **atención especializada** mediante la libre elección de consultor especialista por parte de la atención primaria. Se trata de elegir, en colaboración con el paciente/ cuidador, el mejor servicio. Puede ser:
 - Para atención ambulatoria: bien solicitando consulta rápida y/o consulta normal al especialista responsable del paciente en el hospital. La consulta rápida puede requerir ingreso en el Hospital de día o no.

– Para Hospitalización: bien como derivación programada a media estancia y/o Hospital de Día, bien derivación urgente a urgencias hospitalarias.

- **A los dispositivos de la atención sociosanitaria.** La vía de acceso a estos servicios debe estar abierta a Atención Primaria, para ello es necesario contar con un cuestionario integral de derivación común para cualquier paciente.

B. Atención Especializada

b.1. Ingreso en unidad hospitalaria de agudos:

Las Unidades de agudos se deben a la atención hospitalaria de alta complejidad. Son candidatas a ser atendidos en este nivel pacientes de cualquier edad afectados de proceso agudo médico-quirúrgico y/o patología crónica, que requiera diagnóstico y tratamiento. Se trata de una atención centrada en el diagnóstico y tratamiento con necesidad de alta tecnificación del medio.

En las urgencias hospitalarias se evalúa todo proceso agudo que requiere diagnóstico y/o exactitud diagnóstica; presencia de complicaciones o patologías agravantes.

Para prestar sus servicios de forma adecuada el Hospital debe asumir ciertos retos adaptativos como: a) la *gestión de lo esencial* definida como eficiencia productiva clínicamente apropiada, en esta línea se debe seguir avanzando en las corrientes de Medicina basada en la evidencia; b) *reorganización hacia un modelo longitudinal de atención*, basado en la coordinación clínicamente eficaz con otros niveles asistenciales y fundamentalmente con la Atención Primaria y c) *potenciación de la super-especialización* con reorientación de las responsabilidades del hospital como proveedor de tratamientos de vanguardia, no sólo en el sentido de oferta de alta tecnología sino en un acceso racional a la misma.

Al alta hospitalaria y tras evaluar la situación final de paciente se planteará el nivel asistencial donde se deben continuar los cuidados: atención en régimen de institucionalización o alta a domicilio con continuidad de atención por Atención Primaria.

El hospital para responder a las necesidades planteadas debería de desarrollar la siguiente oferta de servicios:

Asignación de médico responsable del paciente en el hospital. Para todos los pacientes que hayan requerido dos ingresos en los últimos 12 meses por una misma patología. Implica que todo nuevo ingreso se realizará a cargo del mismo médico responsable.

Consulta externa rápida. Consulta realizada con carácter urgente al especialista Hospitalario por parte de Atención Primaria para pacientes con patología crónica e ingresos previos en el hospital y que tiene como objeto prevenir ingresos innecesarios.

Hospitalización a domicilio. La cartera de servicios de hospitalización a domicilio, en general, no se ha orientado a la atención de este tipo de pacientes por lo se carece de evidencia sobre su eficacia. Parece interesante plantearse una mayor utilización de este servicio en las fases intermedias, es decir cuando todavía encontramos un soporte social adecuado.

Planificación de altas. Se trata del desarrollo de estrategias que permitan el alta a domicilio del paciente de forma apoyada, favoreciendo la continuidad de cuidados tanto desde el punto de vista biomédico como holístico. Requiere protocolizar continuidad de cuidados por patologías. Supone el trabajo conjunto en el hospital del personal médico, enfermería y trabajador social.

Oferta protocolizada de consultas de especialidades al resto de niveles asistenciales con desplazamiento del especialista bien a Media Estancia, nivel sociosanitario o incluso domicilio del paciente.

b.2. Ingreso en Unidad de media estancia/Cuidados Medios: Unidad responsable de atención especializada en régimen de hospitalización a pacientes que no requieren alta tecnología, pero sí alta intensidad de cuidados.

Se caracterizarán por diseños arquitectónicos y funcionales adecuados, provisión de servicios progresivos, evaluación diagnóstica integral, trabajo interdisciplinar y preparación de altas

con coordinación estrecha con el nivel asistencial de destino.

Se corresponde con Ingresos que se producen como consecuencia de una modificación en el nivel de cuidados del paciente y con un objetivo clínico alcanzable en un razonable periodo de tiempo.

El manejo clínico se sustenta en la valoración integral, con objetivos integrales, basado en equipo multidisciplinar y con participación de rehabilitación y asistente social.

La procedencia actual de la mayoría de los pacientes, el hospital de agudos, debe de completarse y adquirir especial relevancia con el *flujo de pacientes procedentes de Atención Primaria*.

Se definen las siguientes formas de acceso:

Ingreso programado bien desde Atención Primaria para la atención de pacientes frágiles afectados de patología crónica desestabilizada, o bien como continuidad de cuidados desde Hospitalización de agudos.

Ingreso urgente procedente del Servicio de urgencias, se trata de pacientes con ingresos previos en esta Unidad y vinculados a un médico responsable.

Estas modalidades de ingreso definen los siguientes grupos de pacientes:

Grupo I: enfermos afectados de incapacidad secundaria a una enfermedad aguda importante potencialmente rehabilitable. Estos enfermos precisan de terapia rehabilitadora que no puede proporcionarse a nivel ambulatorio por la complejidad de su situación, por su enfermedad de base o por las circunstancias sociofamiliares. Procedencia preferente: Hospital de Agudos.

Grupo II: enfermos potencialmente rehabilitables que precisan rehabilitación en el medio hospitalario y que padecen enfermedades concomitantes que los hacen especialmente vulnerables y de riesgo de desarrollar complicaciones que empeoran el curso de la enfermedad. Procedencia preferente: Hospital de Agudos.

Grupo III: enfermos afectados de una o varias patologías crónicas que ocasionan una situación de fragilidad clínica y que precisan una fisioterapia de apoyo para evitar la pérdida funcional. En todos ellos se prevé una supervivencia superior a 6 meses, un objetivo asistencial alcanzable en un razonable periodo de tiempo, así como la posibilidad de retorno a su domicilio o de ubicarles tras su estabilización en otro nivel asistencial socio-sanitario. Se trata de procesos como EPOC, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal, cirrosis, enfermedades infecciosas, diabetes o que precisan grandes cuidados de enfermería). Procedencia preferente: Atención Primaria y/o Hospital de Agudos.

Grupo IV: enfermos con problemas médicos específicos y gran fragilidad clínica no susceptibles de rehabilitación. Se corresponden con los descritos en el grupo III, pero en los que se puede determinar su terminalidad con relativa certeza. Son, en su mayoría, enfermos en el final de la vida (con un pronóstico de supervivencia estimado entre 6 meses y menos de 1 año) debido a enfermedades oncológicas y no oncológicas (terminales de órgano). Procedencia preferente: Atención Primaria y/o Hospital de Agudos.

Estos 4 grupos de pacientes conducen a una estructura organizativa donde la hospitalización de media estancia/cuidados medios diversifica su atención en las siguientes Unidades:

- Unidad de media estancia rehabilitación (UMER).
- Unidad de media estancia cuidados paliativos(UMECP)
- Unidad de media estancia cuidados continuados(UMECC)
- Unidad de media estancia crónicos reagudizados(UMECR)

En resumen, media estancia se caracteriza por atender a pacientes ya identificados que pueden proceder tanto de Atención Primaria como de una unidad de hospitalización de agudos y afectos de patología crónica o secuelas de patología aguda con una modificación en sus necesidades de atención y plan de cuidados y/o una claudicación o modificación de su estructura de apoyo domiciliario.

Se trata de un nivel asistencial en donde se aplicará de forma conjunta las técnicas de valoración integral, atención multidisciplinar, mantenimiento y recuperación funcional) y los cuidados paliativos (control sintomático, apoyo psicológico y búsqueda de calidad de vida).

Habrà una vinculación del paciente a estas unidades, con seguimiento en consultas externas, reingreso en la propia Unidad y con el mismo facultativo y la coordinación de éste con el médico de atención primaria o de la residencia de ancianos.

No serían candidatos a esta Unidad pacientes afectos de patología mental o con una previsión de estancia superior a 3 meses.

La oferta de servicios supondría:

1) La hospitalización directa

Desde los EAP de enfermos crónicos reagudizados; pacientes que precisen cuidados paliativos y pacientes para convalecencia y modificación de su plan de cuidados.

Derivación programada desde el nivel Hospitalario agudo de enfermos crónicos reagudizados desde el servicio de Urgencias, pacientes que precisen cuidados paliativos, pacientes que precisan rehabilitación en régimen de hospitalización y pacientes para convalecencia y cuidados.

2) Oferta Ambulatoria para realizar el seguimiento de pacientes frágiles con patología crónica, consulta de Cuidados Paliativos y consulta y tratamiento de Rehabilitación en régimen ambulatorio.

3) Hospital de día de procesos crónicos

Para la atención de pacientes con patología crónica que requieren de pruebas/ tratamientos / valoración integral que o bien no se

realizan en Atención Primaria o las características del paciente lo hacen muy dificultoso.

Funciona como el Hospital de día convencional con un horario de 8 a 22. Supone un ingreso y un alta hospitalaria en el día.

Se puede utilizar este servicio tanto desde AP, de la Consulta de Media Estancia o desde la consulta rápida del Hospital de agudos.

4) Comunicación e interconsulta telefónica: interconsulta docente y /o asistencial en otros niveles asistenciales y fundamentalmente en Atención Primaria con presencia en el Centro de Salud y domicilio en caso necesario.

C. Unidad de larga estancia

Se precisa de un número reducido de camas para atender a pacientes con enfermedades crónicas muy evolucionadas, elevados grados de dependencia para las ABVD y una dificultad sociofamiliar añadida, con imposibilidad de alta en 3 meses y que hasta su fallecimiento deben ser atendidos en régimen de institucionalización. Serían siempre derivados desde las Unidades de Media Estancia. Son unidades cuya ubicación puede ser en el nivel sociosanitario, pero con un perfil más sanitario que el puramente sociosanitario.

D. Nivel sociosanitario

Pacientes que precisan supervisión médica y de enfermería de carácter medio/bajo, pero su situación social no permite que sean enviados a domicilio. Las razones más frecuentes para realizar estos ingresos serían: paciente que no dispone de cuidador o que tienen un cuidador no adecuado y la vivienda no dispone de los requerimientos adecuados para el paciente.

Oferta de Servicios:

1) Centro sociosanitario: para la derivación de pacientes programados, cuya situación previa de equilibrio, necesidades y capacidad de cubrirlas, se ve modificada, la mayoría de las veces, tras un ingreso hospitalario, perdiendo su autonomía o el control sobre sí mismo o sus circunstancias, y presenta una problemática de retorno al domicilio. El ingreso es en

régimen de institucionalización. Se trata de centros abiertos, con una atención basada en el mantenimiento de la funcionalidad, donde se potencia la utilización de espacios comunes (comedor, salas...) y atendidos por un equipo multidisciplinar.

- 2) Centros de día: Centro diurno para la atención de ancianos que se encuentran en su domicilio generalmente tras el alta del centro sociosanitario con el objetivo de mantener al anciano en la comunidad mediante re-

habilitación, control de la medicación y apoyo social.

Pacientes que precisan supervisión médica y de enfermería de carácter medio/bajo, pero su situación social no permite que sean enviados a domicilio. Las razones más frecuentes para realizar estos ingresos serían: paciente que no dispone de cuidador o que tienen un cuidador no adecuado y la vivienda no dispone de los requerimientos adecuados para el paciente.

7. APLICACIÓN PRÁCTICA DEL MODELO DE LA EPOC

Para la aplicación práctica del modelo de atención descrito anteriormente se ha seleccionado una patología de alta prevalencia en población mayor, como es la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Un panel de expertos, constituido por 7 profesionales con experiencia en la asistencia del paciente mayor con patología crónica, ha discutido e identificado las mejores prácticas en el manejo de los pacientes mayores con EPOC. El desarrollo del trabajo se ha realizado en tres sesiones dirigidas mediante el método de expertos, y partiendo de las deficiencias en la atención actual, se ha tratado de describir las funciones asistenciales de cada nivel según las necesidades del paciente.

Marco teórico del modelo: el desarrollo de este apartado ha tenido en cuenta el modelo CCM de Wagner^{87,88}, cuya aplicación ha mostrado ser eficaz en el control de la EPOC y en la prevención de sus reagudizaciones. A la luz de los resultados de la revisión sistemática realizada por Adams⁹¹, en los pacientes cuya atención estaba basada en el modelo CCM y en los que se ha aplicado dos o más componentes del mismo disminuyeron las tasas de hospitalización, las tasa de urgencias, la estancia media hospitalaria de los ingresados y las tasas de consultas no programadas. De alguna forma, se ha llegado a una aplicación del modelo que guarda una similitud con el sistema *Kaiser Permanent* respecto a gestión en la estratificación del riesgo según el grado de evolución de la patología.

Así, se ha tratado de identificar las diferentes fases de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y establecer el modelo óptimo de atención al paciente en cada fase o estadio de la enfermedad, lo que nos conduce a definir requisitos de atención, medios y manejo clínico en cada nivel asistencial para cada fase y situación.

Se deben identificar por tanto criterios de antigüedad en el diagnóstico, estadiaje evolutivo, nivel de dependencia y problemática psicosocial.

Se deberá, además plantear el manejo clínico diferenciado que precisa un mismo paciente en cada una de las fases de su enfermedad.

En el momento de la instauración del diagnóstico y posiblemente durante los primeros años re-

querirá para su atención de medios diagnósticos y terapéuticos activos propios de la atención especializada, pero de manera general los pacientes estarán atendidos por los servicios de Atención Primaria; posteriormente catalogado como paciente crónico y con un diagnóstico establecido se tratará de cuidar y estabilizar al paciente en sus reagudizaciones.

A medida que la edad del paciente es mayor irán apareciendo otros componentes a valorar como enfermedades intercurrentes, dependencia física y/o psíquica y dificultades en el apoyo o estructura familiar y domiciliaria. Es decir, un mayor peso de carga de cuidados o, dicho de otra forma, una modificación en las necesidades del paciente. Estaremos ante un paciente frágil.

Al final del proceso nos encontraremos con pacientes ancianos, dependientes, con enfermedad crónica evolucionada que cumplen criterios de terminalidad.

Con el fin de facilitar las intervenciones en cada nivel asistencial diferenciaremos en base a la valoración integral del paciente las siguientes fases o estadios:

FASE A: paciente en general autónomo, con soporte familiar adecuado, en tratamiento activo con necesidad de realización de pruebas diagnósticas y terapéuticas cuyo objetivo sea «curar».

FASE B: paciente conocido, diagnosticado, crónico domiciliario, estudiado, con algún grado de dependencia que en situación de reagudización necesita aporte de tratamiento intravenoso, oxígeno y medidas de soporte como mejora nutricional, ganancia funcional, etc.

FASE C: paciente Terminal. Este último corresponde a pacientes en situación de enfermedad evolucionada de órgano que cumplen criterios de terminalidad.

Protocolo de atención a la EPOC por niveles asistenciales

Proceso por el que, tras diagnóstico de EPOC, se programan todas las actividades para una atención integral y continuada del paciente, tanto en

situación de estabilidad como de reagudización. Se debe garantizar unos criterios de atención: continuados, coordinados y homogéneos entre los distintos dispositivos asistenciales.

Confirmación diagnóstica: requiere la realización de una ESPIROMETRÍA para la medición de la FEV₁ y del cociente FEV₁ / FVC post-broncodilatador. Este cociente $\leq 70\%$ confirma el diagnóstico.

A su vez el valor de la FEV₁ con respecto a su valor de referencia permite clasificar la severidad de la EPOC en:

ESTADIO O: EN RIESGO: caracterizado por tos crónica y producción de esputo. Función pulmonar, medida por espirometría, continúa NORMAL.

ESTADIO I: EPOC LEVE limitación al flujo de aire y frecuentemente, pero no siempre, tos crónica productiva.

FEV₁/FVC postbroncodilatador $\leq 70\%$

FEV₁ $> 80\%$

ESTADIO II: EPOC MODERADO: Caracterizado por un empeoramiento de la limitación del flujo de aire. Normalmente progresión de síntomas con disnea desarrollada típicamente en el esfuerzo.

FEV₁ 50-80%

ESTADIO III. EPOC SEVERA: Mayor empeoramiento de la limitación al flujo aéreo. Disnea incrementada, exacerbaciones repetidas que tienen un impacto en la calidad de vida del paciente

FVE₁: 30—50%

ESTADIO IV: EPOC MUY SEVERO: caracterizado por una limitación severa al flujo aéreo.

FVE₁ $< 30\%$ o la presencia de fallo respiratorio crónico.

PaO₂ < 60 mm Hg con o sin PaCO₂ > 50 mmHg.

RESUMEN: La monitorización del valor absoluto del FEV₁, y el estudio de sus modificaciones con el paso del tiempo aportan información sobre el pronóstico y evolución de la enfermedad. Además, para valorar la situación de la EPOC es necesario sopesar otras variables como calidad de vida relacionada con la salud, tolerancia al ejercicio y magnitud de la disnea entre otras.

Si a esta medición biomédica le incorporamos la valoración integral del paciente con EPOC podemos, **de forma teórica**, y con el fin de adecuar necesidades del paciente y recursos a ofertar, clasificar al paciente mayor afecto de una EPOC de la siguiente forma:

Tabla 32. Valoración integral del paciente con EPOC

Valoración integral	Monitorización FEV1	Nivel de atención
FASE A	EPOC leve-moderado-severo	PRIMER NIVEL
FASE B	EPOC moderado severo	SEGUNDO NIVEL
FASE C	EPOC muy severo	TERCER NIVEL

Es evidente, como se ha expresado anteriormente, que se trata de una clasificación teórica que no incluye, por tanto, a la totalidad de los pacientes con EPOC, de forma que puede darse el caso de pacientes con EPOC leve y comorbilidad responsable de dependencia que clasifica al paciente en fase C. Así mismo podría presentarse la situación contraria, un EPOC muy severo como única patología y una valoración integral en fase A.

Niveles asistenciales

Atención Primaria: Se inicia el proceso de atención. Es el Nivel asistencial responsable de:

- la identificación de los pacientes a riesgo.
- autocuidado.
- identificación diagnóstica. Clasificación de severidad.
- Monitorización de FEV₁.
- Elaboración de protocolo con criterios de derivación a consulta especializada.
- Seguimiento de número de ingresos. Comunicación con responsable médico en el Hospital.

- Identificación y prevención de dependencia funcional.
- Valoración integral. Incluye la disciplina médica, de enfermería y social.

Las atenciones se realizarán en el Centro de Salud y a medida que avanza la situación del paciente se potenciarán la atención domiciliaria sanitaria y sociosanitaria.

Manejo de agudización de la EPOC

La agudización se define como un evento en el desarrollo natural de la enfermedad caracterizada por un cambio en la disnea, tos y/o expectoración basal del paciente, más allá de la variabilidad diaria suficiente como para justificar un cambio en el tratamiento habitual. La gravedad de la agudización determina el nivel asistencial responsable del tratamiento. De manera resumida podemos plantear cuatro niveles de gravedad en estos pacientes: *leve, moderada, moderada-grave y grave*.

Se considera una agudización de la EPOC como *leve* aquel paciente que tiene un Ph entre 7,35 y 7,45, no presenta alteración de la conciencia, esta estable hemodinamicamente, no presenta alteración de la frecuencia respiratoria.

Se considera una agudización de la EPOC como *moderada* aquel paciente que tiene un Ph entre 7,35 y 7,45, no presenta alteración de la conciencia; esta estable hemodinamicamente y puede tener como máximo dos parámetros alterados de los tres siguientes: **frecuencia respiratoria** (< 30), **Sat O₂/Pa O₂** (≤ 90) y/o **PaO₂** (51-60) e **Hipercapnia** de nueva aparición (>45) o empeoramiento significativo respecto a la previa al menos en tres unidades.

Se considera una agudización de la EPOC como *moderada-grave* aquel paciente que tiene un Ph entre 7,35 y 7,45, no presenta alteración de la conciencia, esta estable hemodinamicamente y debe tener alterados los siguientes parámetros: **frecuencia respiratoria** (< 30), **Sat O₂/Pa O₂** (≤ 90) y/o **PaO₂** (51-60) e **Hipercapnia** de nueva aparición (>45) o empeoramiento significativo respecto a la previa al menos en tres unidades.

Se considera una agudización de la EPOC como *grave* aquel paciente que tiene al menos uno de los siguientes parámetros: **Ph** < 7,35; **presenta alteración de la conciencia; no esta estable hemodinamicamente, frecuencia respiratoria** (≥ 30), **PaO₂** (≤ 45) y **PCO₂** > 45 con PH alterado.

A la hora de tomar decisiones se tendrán en cuenta la presencia de complicaciones o patología agravantes como neumonía, derrame pleural, neumotórax, TEP, traumatismo torácico, toma de sedantes, alteraciones cardíacas, insuficiencia cardíaca, arritmias no controladas, anemia severa, patología abdominal alta.

Manejo clínico

La atención se podrá realizar de forma ambulatoria o domiciliaria, dependiendo de la fase del paciente. La misma deberá estar basada teniendo en cuenta la aplicación de guías clínicas.

Criterio de cambio de nivel asistencial: Los casos de exacerbación leve y moderada serán subsidiarios de tratamiento y seguimiento en Atención Primaria en primer lugar y requerirán cambio del nivel asistencial los pacientes considerados como moderados y que no responda al tratamiento adecuado en las primeras 48 horas y en los pacientes catalogados como graves.

La elección del nivel asistencial de destino se realizará según el perfil de paciente que se ha de-

finido previamente (pacientes en FASE A, FASE B, FASE C) y en base al grado de severidad de la enfermedad según monitorización de FEV₁ (leve, moderado, severa, muy severa).

- Atención en consulta rápida:* Realización de pruebas diagnósticas y terapéuticas sin necesidad de realizar el ingreso hospitalario. El paciente retorna a su domicilio.
- Hospital de día.* Pacientes que tras ser atendidos en la consulta rápida, requieran unas horas de ingreso y posterior retorno al domicilio.
- Atención en urgencias Hospitalarias.* En el servicio de urgencias se evalúan los criterios de

ingreso según los parámetros establecidos para la clasificación de pacientes y todos los pacientes que, sin claro criterio de ingreso, no mejoran en las 12 primeras horas de estancia en urgencias.

Hospital de agudos: criterios clínicos de ingreso

Pacientes en FASE A: que cumplen los criterios descritos anteriormente (agudización grave o moderada sin respuesta al tratamiento en 48 horas) y cuya necesidad de atención debe estar centrada en el proceso diagnóstico y terapéutico.

Manejo clínico: se basa en tratar la enfermedad que motivó el ingreso, lograr la estabilización clínica y protocolizar el alta con seguimiento a través de CONSULTAS EXTERNAS y con coordinación con el médico de familia.

La protocolización del alta conduce al control del tiempo de estancia lo que reducirá la discapacidad secundaria a la hospitalización y la aparición de complicaciones.

Por tanto, es necesaria una coordinación entre Médico de AP y Médico responsable del paciente en el hospital con el fin de llegar a situaciones de alta con protocolización de seguimiento del paciente en consultas externas y cuando sea necesario con Hospitalización a domicilio.

Hospital media estancia: criterios clínicos de ingreso

Paciente procedente de Atención Primaria

- *Pacientes en fase B* que cumplen criterios de ingreso (agudización grave o moderada). Estos pacientes cumplirán habitualmente criterios de anciano frágil. Serán pacientes conocidos, atendidos previamente en esos servicios y a cargo del mismo médico responsable. Su manejo clínico incluirá objetivos con una visión de atención integral. Ello implica además de

una valoración biomédica una valoración integral del paciente que permita definir los objetivos a alcanzar: estabilización clínica, ganancia funcional, búsqueda de apoyo social y planificación precoz de la salida del paciente.

- *Pacientes en fase C.* El manejo clínico corresponderá a los cuidados paliativos. La condición de terminalidad vendrá marcada por la suma de los siguientes factores: Edad mayor de 65 años, disnea grado IV, hipoxemia ($po_2 < 55$ mm Hg), hipercapnia ($pco_2 > 50$), cor pulmonale crónico, IC derecha, taquicardia de reposo, adelgazamiento, ($> 10\%$ del peso en los últimos 6 meses). Índice de Barthel menor de 20, comorbilidad y reagudizaciones frecuentes.

Paciente procedente de Hospital de Agudos

- a) Ingreso desde el Servicio de urgencias. Pacientes que cumplen criterios de ingreso, con reagudización de su patología crónica etiquetados en **la fase B/C** reingresadores y tratados previamente en Media Estancia.
- b) Ingresos programados desde Unidad de Hospitalización. Pacientes médicamente complejos, que tras el ingreso en Hospital de agudos requieren una convalecencia posiblemente como consecuencia de un cambio de estadio de enfermedad.

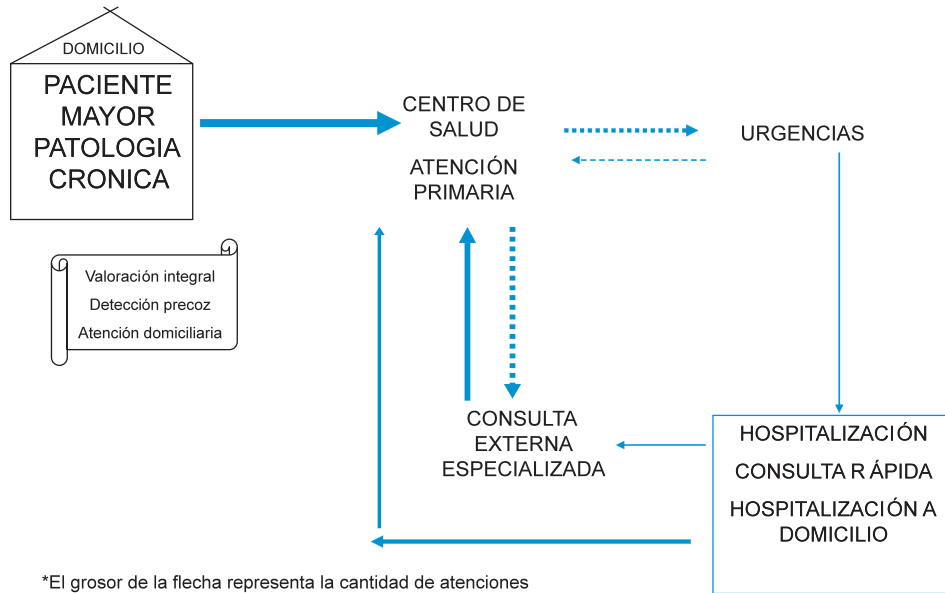
Centro sociosanitario: criterios de ingreso

Se trata fundamentalmente de pacientes en fase C y en menor medida en fase B con otra patología asociada en cuya valoración integral el peso de la problemática social es muy importante (falta de cuidador, claudicación familiar).

Se presenta a continuación un resumen con los tres perfiles de pacientes diagnosticados de EPOC y su correspondiente gestión de recursos basado en la respuesta más eficiente según se trate de un paciente con un EPOC bien controlado, un EPOC de riesgo o un EPOC evolucionado.

Figura 3. Primer nivel de atención de la EPOC

- Paciente diagnosticado de EPOC LEVE-MODERADO
- Gestor del caso: Atención Primaria con asesoramiento de consulta especializada.
- El proceso retorna a Atención primaria
- Valoración integral: fase A
- Autonomía o leve dependencia ABVD y AIVD
- Sin deterioro cognitivo
- Soporte sociofamiliar adecuado



*El grosor de la flecha representa la cantidad de atenciones

**La flecha intermitente: Retorno a su nivel asistencial responsable

Figura 4. Segundo nivel de atención en la EPOC

- EPOC MODERADO-SEVERO
- Gestor Atención Primaria. Apoyo de atención domiciliaria
- Se incorpora una o más patologías
- Se requiere ingreso hospitalario / convalecencia en ME
- Consulta rápida con o sin hospital de día
- El proceso retorna a Atención primaria
- Valoración integral: fase B
- Dependencia moderada AIVD / ABVD
- Puede estar presente Deterioro cognitivo
- Riesgo social
- Puede requerir oxígeno domiciliario

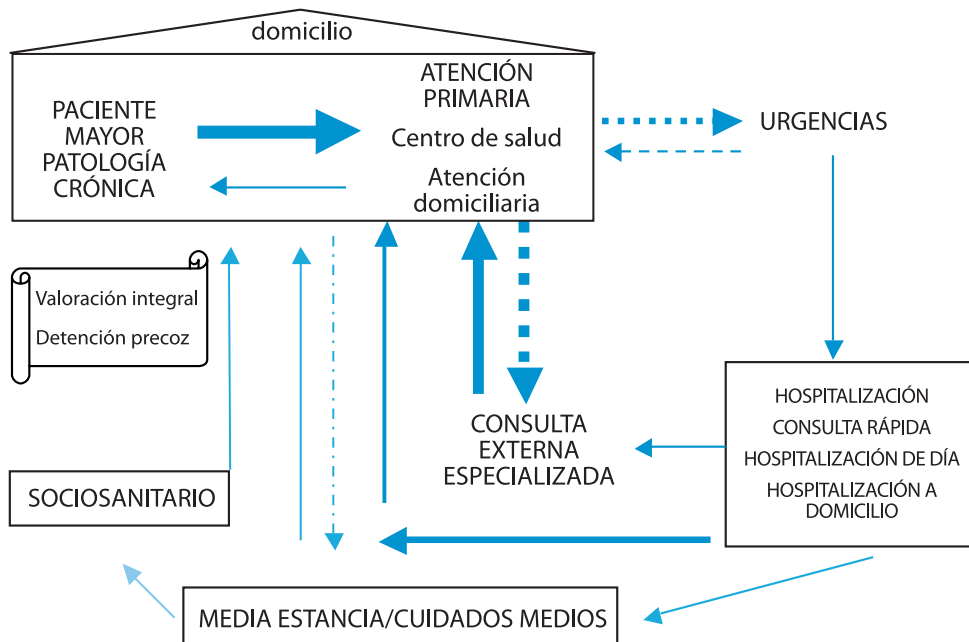
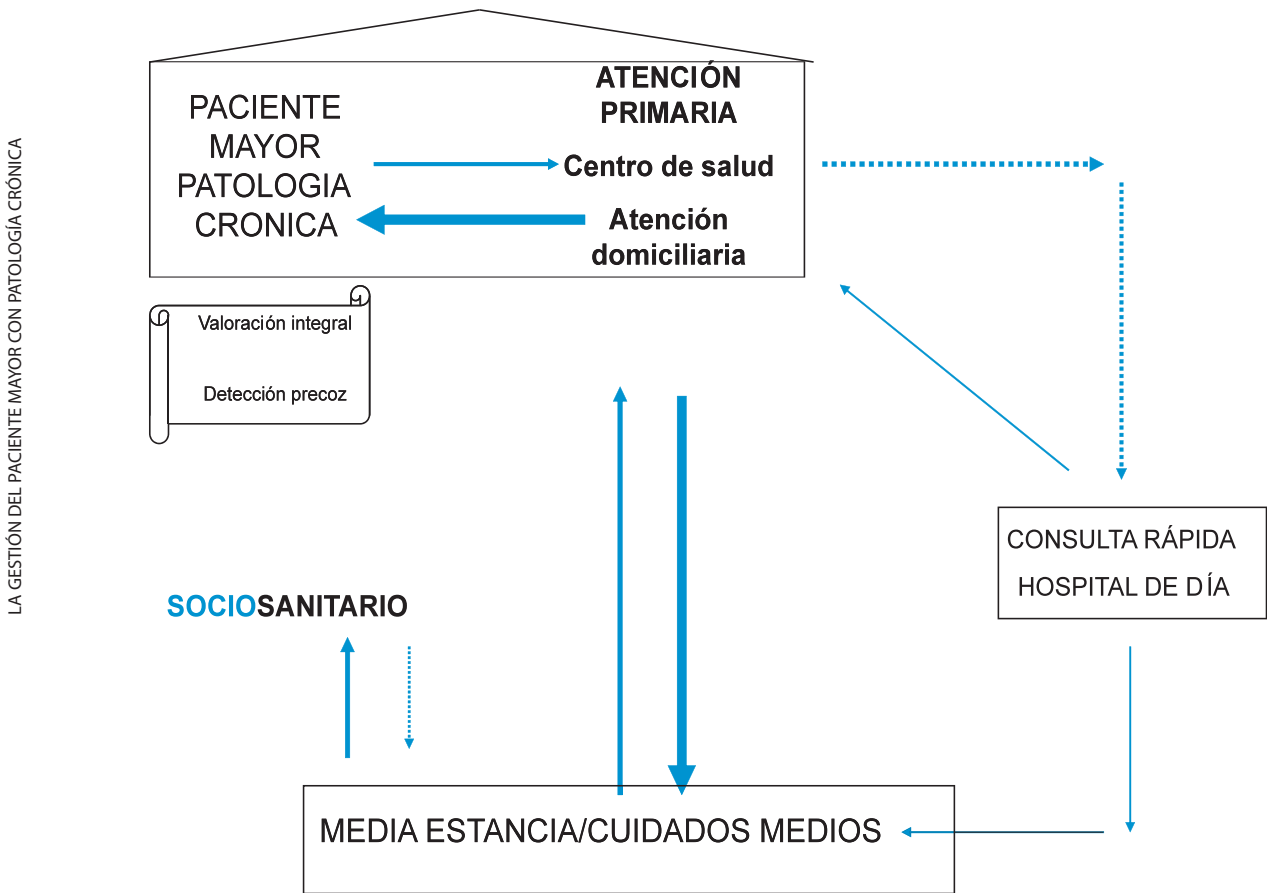


Figura 5. Tercer nivel de atención de la EPOC

- EPOC MUY SEVERO. Con Pluripatología
- Gestor del paciente Atención primaria y Media Estancia
- Importante apoyo domiciliario (enfermera gestora de casos)
- Sin necesidad de ingreso en Hospital de agudos
- Manejo clínico. Cuidar frente a curar
- VALORACIÓN INTEGRAL: fase C
- Dependiente total ABVD/AIVD
- Oxígeno no domiciliario
- Deterioro cognitivo puede estar presente. Falta de soporte familiar/ claudicación en el domicilio
- Institucionalización



8. CONCLUSIONES

- El envejecimiento de la población no es un problema nuevo, es una realidad de nuestra sociedad que hay que aceptarla como un logro. Es discutible la idea de que el envejecimiento de la población es la causante del incremento del gasto sanitario ya que el envejecimiento de la población no representa más que una parte de este incremento.
- El pilar de la atención a las personas mayores en general y con patología crónica en particular radica en los equipos de Atención Primaria. La actividad a este colectivo ha supuesto algo más de cinco millones de consultas en los centros de salud y cerca de medio millón en los domicilios.
- Además las personas mayores presentan alta prevalencia de procesos crónicos que en general requieren ingresos y reingresos frecuentes.
- Según el estudio realizado por el Departamento de Sanidad (2003) se prevé que el envejecimiento de la población, **si el resto de los factores modificadores no se alteran**, produzcan en la C.A.P.V. un incremento en la actividad referida a los pacientes mayores de 64 años en las consultas de Atención Primaria de aproximadamente un 16,5%, en el número de altas de convalecencia del 22,5% y en el número de altas de convalecencia y rehabilitación del 65% en los próximos cinco años. Este incremento representa alrededor de 400.000 consultas médicas en atención primaria, 180.000 altas médicas en hospitales de agudos y 12.000 altas de convalecencia y rehabilitación en media estancia.
- El Sistema Sanitario no puede mantenerse ajeno a la dependencia generada por enfermedades o derivada de la accidentalidad. Por eso, en los modelos de atención sanitaria a las personas mayores debe contemplarse dispositivos, estructuras y servicios encaminados a la prevención y soporte de las situaciones de dependencia.
- Se debe encontrar un equilibrio entre la responsabilidad creciente de los individuos, de las familias y la responsabilidad social derivada de las políticas sanitarias y sociales ante las necesidades de cuidados que estas personas precisan.
- Las necesidades sanitarias de las personas mayores hay que abordarlas conjuntamente con las necesidades sociales ya que el envejecimiento en cierta medida lleva aparejada la dependencia aunque no de manera simétrica. Existe escasa coordinación entre el sistema social y el sanitario, y la plasmación hasta la fecha del ámbito sociosanitario se ha concretado en la puesta en marcha del Centro de Cruz Roja en Gipuzkoa y el pilotaje de la Atención Domiciliaria Sociosanitaria.
- Existen datos que indican que podría haber posibilidades de sustituir los ingresos en hospitales de agudos desde los servicios de urgencias por ingresos en dispositivos alternativos más adecuados y mejor adaptados a las necesidades de estos pacientes como son los hospitales de media estancia y/o los centros sociosanitarios. A largo plazo, los equipos de media estancia y los equipos de asistencia comunitaria pueden ofrecer la mejor asistencia y la alternativa más rentable, a la asistencia hospitalaria de agudos.
- La adecuación del nivel de asistencia dispensado como alternativa tendrá una influencia clave en el éxito del modelo propuesto. Una atención primaria reforzada como estructura central en la atención a los pacientes mayores con patología crónica, con unos servicios hospitalarios de ayuda/facilitadores especializados para cuando el paciente requiera una consulta urgente o no pueda continuar en el domicilio son la clave. Una media estancia y unos centros sociosanitarios bien estructurados, bien gestionados y dirigidos sobre todo a las necesidades de las personas mayores evitará un número importante de ingresos en hospital de agudos y lo que es más importante los cuidados dispensados a estas personas estarán adaptados a las necesidades de los mismos.
- Algunas formulas innovadoras de gestión de camas (experiencia en Gipuzkoa) para las personas mayores con patología crónica en la que se establecen los objetivos a lograr y se incluye la planificación del alta desde el ingreso, es decir, una gestión adecuada del caso pueden reducir la utilización inapropiada de camas hospitalarias de agudos.

9. RECOMENDACIONES

Generales

- Adaptar con urgencia el Sistema Sanitario Vasco a la gestión de los pacientes con patología crónica y en especial a los pacientes mayores con patología crónica con objeto de mantener un sistema de salud sostenible.
- Encaminar las políticas sanitarias futuras, referentes a los servicios y recursos sanitarios, a las necesidades de las personas mayores tanto en la Atención Primaria como en la Atención Hospitalaria con el objetivo de adecuar el lugar de prestación y la prestación sanitaria a las necesidades de los pacientes.
- Instaurar para los pacientes mayores con patología crónica una valoración integral (médica, enfermería y social) para poder abordar sus necesidades desde una perspectiva global y en función de su nivel de riesgo. Su historia clínica y social deberá registrar periódicamente una valoración integral.
- Minimizar el choque que a menudo se produce entre la reorientación de las políticas sanitarias públicas con los intereses corporativos establecidos y poco adaptados a las nuevas necesidades.

Atención Primaria

- Orientar/dirigir parte de la asistencia de los profesionales de atención primaria a los cuidados de los pacientes mayores con patología crónica teniendo en cuenta los siguientes cuatro aspectos.
 - Prevención primaria de problemas de salud como las enfermedades infecciosas susceptibles de vacunación (gripe, neumococo) prevención de fracturas (consejo y recomendaciones en actividad física) y prevención de accidentes domésticos entre otros.
 - Prevención secundaria de enfermedades y factores de riesgo como la HTA, medidas higiénicas, alimentación adecuada.
 - Prevención terciaria especialmente en el control de la enfermedad cerebrovascular, demencias, enfermedades reumáticas y artrosis, insuficiencia cardiaca y diabetes.

- Prevención cuaternaria como la utilización adecuada de fármacos para disminuir problemas relacionados con su uso. Utilización adecuada de pruebas complementarias e intervenciones quirúrgicas. Evitar el encarnizamiento y la futilidad terapéutica. Es muy importante evitar el uso inadecuado de la hospitalización en un colectivo frágil, en el que hay suficiente evidencia de que la hospitalización, por sí misma, agrava el deterioro funcional.

Hospitales de Agudos

- Adaptar las estructuras y las funciones a las necesidades complementarias que acompañan a estos pacientes (frágiles y geriátricos) y sus familias, cuando estos pacientes precisen ingresar en un hospital de agudos.
- La vulnerabilidad de los ancianos frágiles exige iniciar la prevención y recuperación funcional desde el ingreso con objeto de no aumentar la dependencia de estas personas.

Hospitales de media estancia

- Reorientar las camas de media estancia hacia unidades especializadas (convalecencia, rehabilitación, paliativos y cuidados subagudos). Realizar tanto cambios estructurales como funcionales para atender la necesidad de cuidados de los ancianos más frágiles sobre todo para procesos agudos y reagudizaciones que no precisen alta tecnología.
- Estas unidades especializadas deben de caracterizarse por diseños arquitectónicos adecuados y funcionales, provisión de cuidados progresivos, evaluación diagnóstica integral dinámica (clínica, funcional, psicológica y social), preparación del alta a otros niveles asistenciales y trabajo interdisciplinario con la colaboración de profesionales del área de rehabilitación, psicología y trabajo social.
- Crear Hospitales de Día dirigidos a pacientes mayores con patología crónica y que precisan rehabilitación y soporte que no pueda realizarse en domicilio.

Centros sociosanitarios

- Los centros sociosanitarios estarán dirigidos a atender, sobre todo, a pacientes frágiles que tras un cambio en la necesidad de cuidados (tras un ingreso hospitalario, tras el fallecimiento o ingreso del familiar cuidador) precisan de una cama no sanitaria antes del regreso a su domicilio habitual (domicilio y/o residencia).

Adecuación de los recursos

- Ordenar los servicios sanitarios dirigidos a la tercera edad basándose en los siguientes objetivos generales: servicios integrados y coherentes, servicios encaminados a prevenir las enfermedades y reducir las desigualdades, servicios que ofrezcan un tratamiento rápido y adecuado con acceso equitativo para todos y servicios que se concentran en las necesidades de los pacientes de sus cuidadores y de sus familias.
- Los objetivos de estos servicios deberán promover la independencia mediante la rehabilitación, la recuperación y la prevención de ingresos hospitalarios innecesarios, la estabilización rápida y el acceso al tratamiento y cuidados de alta calidad; basados en una mejor coordinación entre los diferentes niveles asistenciales sanitarios, respetando siempre las preferencias de la gente mayor y de sus cuidadores considerando el lugar de cuidado mas adecuado para sus necesidades.
- Todo lo anterior requiere una adaptación de los recursos a las necesidades de estos pacientes, incrementando los recursos algunas veces, como es el caso de Atención Primaria y los centros sociosanitarios; y adaptándolos en otros casos, como en la atención hospitalaria. Ello no supone una reducción de los costes sino un traslado de los mismos hacia estas alternativas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Department of Health. Shaping the future NHS: Long Term Planning for Hospitals and related Services. England 2000/04.
2. Eco-Santé OCDE 2000. Analyse comparative de 29 pays.
3. Guillén Llera F, Ribera JM. Geriatria XXI. Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España. Madrid: SEGG. EDIMSA; 2000.
4. González Montalvo JI, Baztan JJ, Rodríguez Mañas L, San Cristobal E, Gato A. Ingreso hospitalario urgente en servicios médicos: causas, justificación, factores sociales y sus diferencias en función de la edad. *Med Clin*. 1994; 103:441-4.
5. Rockwood K, Mitnitski A, Song X, Steen B, Skoog I. Long-term risks of death and institutionalization of elderly people in relation to deficit accumulation at age 70. *J Am Geriatr Soc*. 2006; 54:975-9.
6. Giménez J, Veiga F, Peino J, Rey F. Evolución de los ancianos dados de alta de un servicio de urgencias hospitalario. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1999; 34(S1):3.
7. Evaluación de los pacientes atendidos en hospital de media estancia en Gipuzkoa, años 2004-2006. Documento interno. Servicio Plan de Salud de Gipuzkoa.
8. Casado D, López i Casanovas. Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Colección Estudios Sociales núm. 6. Fundación Caixa. 2001.
9. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología: Geriatria XXI: «Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España». Madrid: Edimsa. 2000.
10. Casado D. Los efectos del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario: mitos y realidades. Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES). Departament d'Economia i empresa. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona. 2000.
11. Evans RG. Illusion of necessity: evading responsibility for choice in health care. *Journal of Health, Policy and Law* 1985; 10:439-67.
12. Barer M, Evans RG, Hertzman C: Avalanche or glacier?: health care and the demographic rhetoric. *Canadian Journal on aging* 1995; 14(2):193-224.
13. NHS. Departement of health. Lying in Wait. Audit. Comisión. 1992. London.
14. Servicio de Neurologia y Servicio de Calidad de Hospital Donostia. Detección de admisiones y estancias inadecuadas en Neurología. *Osakidetza* 2002.
15. Basterrechea J, Elozegi E. Planificación de la atención sanitaria del Hospital Donostia por perfiles asistenciales. Unidad de Gestión Sanitaria. Hospital Donostia. *Osakidetza*. 2000.
16. Arrazola A, Begiristain J.M, Garitano B, Mar J, Elizalde B. Atención hospitalaria a la enfermedad cerebrovascular aguda y situación de los pacientes a los 12 meses. *Rev Neurol* 2005; 40(6): 326-330.
17. Ali Wasan, Rasmussen Patricia. 'What is the evidence for the effectiveness of managing the hospital/community interface for older people' – A critical appraisal of the literature. 2004. NZHTA (New Zealand Health Technology Assessment).
18. Bhattacharya J, Choudhry K, & Lakdawalla D. Chronic disease and trends in severe disability in working age population (Rep. No. 05-04) 2005.
19. Celler B. G, Lovell N. H, & Basilakis J. Using information technology to improve the management of chronic disease. *Med J Aust* 2003; 179: 242-246.
20. Dabbs C, Keep J, & Phillips, J A. «rough guide» to co-designing services for long term condition. 2005.
21. Daly B J, Douglas S L, Kelley C G, O'toole E, & Montenegro H. Trial of a disease management program to reduce hospital readmissions of the chronically critically ill. *Chest*, 2005; 128: 507-517.
22. Department of Health .Chronic disease management: a compendium of information. 2004.
23. Fleming S.A, Blake H, Gladman J R, Hart E, Lymbery M, Dewey M E, McCloughry H, Walker M, & Miller P. A randomised controlled trial of a care home rehabilitation service to reduce long-term institutionalisa-

- tion for elderly people. *Age Ageing*, 2004; 33: 384-390.
24. Good care planning for people with long term conditions. Modernisation Agency 2005.
 25. Hendrix C C. & Wojciechowski C. W. Chronic care management for the elderly: an opportunity for gerontological nurse practitioners. *J Am Acad Nurse Pract* 2005; 17: 263-267.
 26. Katsaliaki K, Brailsford S, Browning D, & Knight P. Mapping care pathways for the elderly. *J Health Organ Manag* 2005;19: 57-72.
 27. Matrix research and consultancy & NHS Modernisation Agency Learning distillation of Chronic Disease Management Programmes in the UK (Rep. No. 187). 2004.
 28. Rundall Thomas G, Shortell Stephen M, Wang Margaret C, Casalino, Lawrence, Bodenheimer, Thomas, Gillies, Robin R, Schmittiel Julie A, Oswald, Nancy, and Robinson, James C. As good as it gets? Chronic care management in nine leading US physician organisations. *BMJ* 2002; 325: 958-961.
 29. Scott J C, Conner D A, Venohr I, Gade G, McKenzie M, Kramer A. M, Bryant L, & Beck A. Effectiveness of a group outpatient visit model for chronically ill older health maintenance organization members: a 2-year randomized trial of the cooperative health care clinic. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52: 1463-1470.
 30. Transforming chronic care. Evidence about improving care for people with long-term conditions Health Management Services Centre. 2006.
 31. Adapting the evercare programme for the National Health Service 2003.
 32. Andrews J, Manthorpe J, & Watson R. Involving older people in intermediate care. *J Adv Nurs* 2004; 46: 303-310.
 33. Arnaert A, Heuvel B V, & Windey T. Health and social care policy for the elderly in Belgium. *Geriatr Nurs* 2005; 26: 366-371.
 34. Foster A, & Young J. Atención médica en hospitales de día para ancianos versus formas alternativas de atención. Biblioteca Cochrane Plus. Revisión Cochrane Traducida. Ref Type: Serial (Book, Monograph) 2006.
 35. Harris R, Ashton T, Broad J, Connolly G, & Richmond D. The effectiveness, acceptability and costs of a hospital-at-home service compared with acute hospital care: a randomized controlled trial. *J Health Serv Res Policy* 2005;10: 158-166.
 36. Kroemer D J, Bloor G, & Fiebig J. Acute Transition Alliance: rehabilitation at the acute/aged care interface. *Aust Health Rev* 2004;28: 266-274.
 37. Lloyd J, & Wait J. Integrated care. A guide for policy makers (Rep. No. 47). 2005.
 38. Wilson D M & Truman C. D. Evaluating institutionalization by comparing the use of health services before and after admission to a long-term-care facility. *Eval Health Prof* 2004; 27: 219-236.
 39. Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria. Plan Estratégico para el desarrollo de la atención sociosanitaria en el País Vasco. 2005.
 40. Coordinación sociosanitaria en El libro blanco de la dependencia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2004.
 41. Co-ordinating discharge of elderly people from hospital to the community. *Evidence-based healthcare & Public Health* 2004;8: 332-334.
 42. Wilson D, & Truman C. Comparing the health services utilization of long-term-care residents, home-care recipients, and the well elderly. *Can J Nurs Res* 2005; 37: 138-154.
 43. Davey B, Levin E, Iliffe S, & Kharicha K. Integrating health and social care: implications for joint working and community care outcomes for older people. *J Interprof Care* 2005; 19: 22-34.
 44. El sistema sanitario y la atención a las personas en situación de dependencia (en El libro blanco de la dependencia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2004..
 45. Evercare (Implementing the Evercare Programme. 2004.
 46. Garces J, Rodenas F, & Sanjose V. Suitability of the health and social care resources for persons requiring long-term care in Spain: an empirical approach. *Health Policy* 2006; 75: 121-130.

47. Hebert R, Durand P J, Dubuc N, & Tourigny A. Frail elderly patients. New model for integrated service delivery. *Can Fam.Physician*, 2003; 49: 992-997.
48. Hussein S & Manthorpe J. An international review of the long-term care workforce: policies and shortages. *J Aging Soc Policy* 2005; 17:75-94.
49. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2005). Coordinación Sociosanitaria. In Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (Ed.), Libro Blanco de la Dependencia (pp. 505-525). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
50. Johri M, Beland F, & Bergman H. International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003;18:222-235.
51. Leichsenring K. Propocionar una asistencia sanitaria y social integrada a las personas mayores: perspectiva europea. [15]. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. *Perfiles y Tendencias*. RefType: Serial (Book,Monograph) 2005.
52. Managing long term conditions. A self assessment tool – for use by health and social care organisations and communities 2004.
53. Mottram P, & Pitkala K. Atención crónica institucional versus en el domicilio para ancianos funcionalmente dependientes (Revisión Cochrane traducida). [4]. Biblioteca Cochrane Plus. Revisiones Cochrane Traducidas. 2006.
54. Richards S, & Coast J. Interventions to improve access to health and social care after discharge from hospital: a systematic review. *J Health Serv Res Policy* 2003; 8: 171-179.
55. UK Department of Health . Self care support: a compendium of practical examples across the whole system of health and social care (Rep. No. 188). 2005.
56. Fernandez-Olano C, Hidalgo J D, Cerda-Diaz R, Requena-Gallego M, Sanchez-Castano C, Urbistondo-Cascales L, & Otero-Puime A. Factors associated with health care utilization by the elderly in a public health care system. *Health Policy* 2006; 75: 131-139.
57. Gonseth J, Guallar-Castillon P, Banegas J R, & Rodriguez-Artalejo F. The effectiveness of disease management programmes in reducing hospital re-admission in older patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis of published reports. *Eur.Heart J*, 2004; 25: 1570-1595.
58. Green J, Young J, Forster A, Mallinder, K, Bogle S, Lowson K, & Small N. Effects of locality based community hospital care on independence in older people needing rehabilitation: randomised controlled trial. *BMJ* 2005; 331: 317-322.
59. Ham C, York N, Sutch S, & Shaw R. Hospital bed utilisation in the NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare programme: analysis of routine data. *BMJ* 2003; 327: 1257.
60. Lagergren M What happened to the care of older persons in Sweden? A retrospective analysis based upon simulation model calculations, 1985-2000. *Health Policy* 2005; 74: 314-324.
61. Mastal M, & Palsbo S. Measuring the effectiveness of managed care for adults with disabilities (Rep. No. 208). Center for Health Care Strategies, Inc. 2005.
62. Reducing unplanned hospital admissions. What does the literature tell us? (Rep. No. Marzo). Health Services Management Services. 2006.
63. Brand C A, Jones C T, Lowe AJ, Nielsen D A, Roberts C A, King B L, & Campbell D. A. Transitional care service for elderly chronic disease patients at risk of readmission. *Aust Health Rev* 2004; 28: 275-284.
64. Coleman E. A. Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs. *J Am Geriatr Soc* 2003;51: 549-555.
65. Kane R L, Homyak P, Bershady B, & Flood S. The effects of a variant of the program for all-inclusive care of the elderly on hospital utilization and outcomes. *J Am Geriatr Soc* 2006; 5: 276-283.
66. Temkin-Greener H, Bajorska A, & Mukamel D B. Disenrollment from an acute/long-term managed care program (PACE). *Med Care* 2006;44: 31-38.

67. Wistow G, & King D. Improving the future for older people. Report No. 3. 2006.
68. Young J, Forster A, & Green J. An estimate of post-acute intermediate care need in an elderly care department for older people. *Health Soc Care Community* 2003; 11: 229-231.
69. Griffiths P, Sironi C. Care needs and point prevalence of post-acute patients in the acute medical wards of an Italian hospital. *Int J Nurs Stud* 2005 Jul; 42(5):507-12.
70. John A, Breen DP, Ghafar A, Olphert T, Burke CM. Bed usage in a Dublin teaching hospital: a prospective audit. *Ir J Med Sci* 2004 Jul; 173(3):126-8.
71. Turner-Stokes L, & Whitworth D. The National Service Framework for long term conditions: the challenges ahead. *Clin Med* 2005; 5:203-206.
72. Weingarte Scott R, Henning James H, Badamgarva, Enkhe, Knight, Kevin, Hasselblad, Vic, Gano, Anacleto Jr, and Ofman, Joshua Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness – which ones work? Meta-analysis of published reports. *BMJ* 2002;325: 925-933.
73. Wittenberg R, Comas-Herrera A, & Pickard L. Future demand for long-term care in UK. A summary of projections of long-term care finance for older people to 2051. Joseph Rowntree Foundation. 2004.
74. Grol Richard. Improving the quality of medical care. Building bridges among professional pride, payer profit, and patient satisfaction. *JAMA* 2001; 286: 2578-2585.
75. Leff B, Burton L, Mader S, Naughton B, Burl J, Clark R, Greenough W B, III, Guido S, Steinwachs D, & Burton J R. Satisfaction with hospital at home care. *J Am Geriatr Soc* 2006 ;54: 1355-1363.
76. Petch A. Intermediate care: What do we know about older people's experiences? Joseph Rowntree Foundation. 2003.
77. Shaping the future NHS: Long term planning for hospitals and related services. Response to the consultation exercise on the findings of the National Beds Inquiry 2006.
78. Kennelly C, Bowling A. Suffering in deference: a focus group study of older cardiac patients' preferences for treatment and perceptions of risk. *Quality in Health Care* 2001;10(Suppl I):23-8.
79. R Forde and I H Vandvik. Clinical ethics, information, and communication: review of 31 cases from a clinical ethics committee. *J. Med. Ethics*, February 1, 2005; 31(2): 73 - 77.
80. R E Say, R Thomson. The importance of patient preferences in treatment decisions—challenges for doctors. *BMJ* 2003; 327:542-545 (6 September),doi:10.1136/bmj.327.7414.542.
81. Department of Health. The expert patient: a new approach to chronic disease management for the 21st century. London: DoH, 2001: 12.
82. Ganzini L, Volicer L, Nelson WA, Fox E, Derse AR. Ten myths about decision-making capacity. *J Am Med Dir Assoc* 2004; 5(4):263-7.
83. Katsaliaki K, Brailsford S, Browning D, Knight P. Mapping care pathways for the elderly. *J Health Organ Manag* 2005; 19(1):57-72.
84. Massy-Westropp M, Giles LC, Law D, Phillips PA, Crotty M. Connecting hospital and community care: the acceptability of a regional data linkage scheme. *Aust Health Rev* 2005 Feb; 29(1):12-6.
85. Menec VH, Bruce S, MacWilliam L. Exploring reasons for bed pressures in Winnipeg acute care hospitals. *Can J Aging* 2005; 24 Suppl 1:121-31.
86. Price L C, Lowe D, Hosker H S, Anstey K, Pearson M G, Roberts C M. UK National COPD Audit 2003: Impact of hospital resources and organisation of care on patient outcome following admission for acute COPD exacerbation. *Thorax* 2006 Oct;61(10):837-42.
87. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract* 1998; 1:2-4.
88. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)* 2001;20: 64-78.

89. Leif I, Solberg A, Lauren Crain, Joann M, Sperl-Hillen Mary C, Hroschikoski Karen I, Engbretson, and Patrick J O'Connor. Care Quality and Implementation of the Chronic Care Model: A Quantitative Study. *Ann Fam Med* 2006; 4 (4): 310-316.
90. Mary C, Hroschikoski Leif I, Solberg JoAnn M, Sperl-Hillen Peter G, Harper Michael P McGrail and Benjamin F. Crabtree. Challenges of Change: A Qualitative Study of Chronic Care Model Implementation. *Annals of Family Medicine* 2006;4:317-326.
91. Adams SG, Smith PK, Allan PF, Anzueto A, Pugh JA, Cornell JE. Systematic review of the chronic care model in chronic obstructive pulmonary disease prevention and management. *Arch Intern Med* 2007 Mar 26; 167(6):551-61. Review.
92. Ham C and Singh D. Improving care for people with long-term conditions, HSCM, University of Birmingham 2006.
93. Reducing unplanned hospital admissions: What does the literature tell us? Extensive review from Birmingham and Black Country SHA 2006.
94. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 2002; 288(14): 1775-1779.
95. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the Chronic Care Model, Part 2. *JAMA* 2002; 288(15): 1909-14.
96. Epping-Jordan JE, Pruitt SD, Bengoa R, Wagner EH. Improving the quality of health care for chronic conditions. *Qual Saf Health Care* 2004; 13(4): 299-305.
97. *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action*. Geneva: World Health Organisation, 2002.
98. Robles SC. A public health framework for chronic disease prevention and control. *Food Nutr Bull* 2004; 25(2): 194-9.
99. Sunol R, Carbonell JM, Nualart L et al. Towards health care integration: The proposal of an evidence and management system-based model. *Med Clin* 1999; 112 suppl 1:97-105.
100. Feachem RG, Sekhri NK, White KL. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ* 2002; 324(7330): 135-41.
101. Miron JA, Orosco JA, Alonso M, Saenz MC. Estimación de ingresos y estancias inadecuadas en un hospital comarcal. *Rev Clin Esp* 2000; 200(12):654-8.
102. Matorras P, De Pablo M, Otero L, Alonso F, Daroca R, Díaz-Caneja N. Adecuación de los ingresos en un servicio de medicina interna de un hospital de tercer nivel. *Med Clin* 1990; 94: 290-3.
103. d'Alche Gautier MJ, Maiza D, Chastang F. Assessing the appropriateness of hospitalisation days in a French University hospital. *Int J Health Care Anal Assur Inc Leadersh Health Serv* 2004;17 (2-3):87-91.
104. Guanche H, Garcia E, Rosales JA, et al. Justificación del ingreso en el Servicio de Medicina Interna del Hospital «Joaquín Albarrán». *Rev cubana med*. 2005, vol.44, no. 3-4. [online].
105. Gertman FM, Restucia JD. The appropriateness evaluation protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care. *Med Care* 1981; 19: 855-71.
106. González-Montalvo JI, Baztán JJ, Rodríguez-Mañas L, et al. Ingreso hospitalario urgente en servicios médicos: causas, justificación, factores sociales y sus diferencias en función de la edad. *Med Clin (Barc)* 1994; 103: 441-4.
107. Peiró S, Meneu R, Roselló ML, Portella E, Carbonell-Sanchis R, Fernández C, et al. Validez del protocolo de evaluación del uso inapropiado de la hospitalización. *Med Clin (Barc)* 1996; 107: 124-9.
108. Ollero M. Adecuación y utilidad del ingreso hospitalario. *Med Clin (barc)* 2001; 116: 655-657.
109. Suarez F, Oterino de la Fuente D, Peiró S, Libro J, Barrero C, Parras N, Crespo MA, Pérez-Martín A. Factores asociados con el uso y adecuación de la hospitalización en personas mayores de 64 años. *Rev Esp Salud Pública* 2001; 75:237-248.

110. Rodríguez-Vera FJ, Marin Y, Sánchez A, Borrachero C, Puyol de la Llave E. Adecuación de los ingresos y estancias en un Servicio de Medicina Interna de un Hospital de Segundo nivel utilizando la versión concurrente del AEP. *An Med Interna* 2003; 20(6):297-300.
111. Zambrano JL, Delgado M, Cruz G, Martín D, Díaz F, Martín D, Salas J. Factores asociados a ingresos inadecuados en un servicio de medicina interna. *Med Clin (Barc)* 2001; 116: 652-654.
112. Restucia JD, Payne SMC, Lenhart G, Constantine HP, Fulton JP. Assessing the appropriateness of hospital utilization to improve efficiency and competitive position. *Heart Care Menage Rev* 1987; 12: 17-29.
113. Smith HE, Pryce A, Carlisle L, Jones JM, Scarpello J, Pantin C. Appropriateness of acute medical admissions and length of stay. *J R Coll Physicians Lond* 1997; 31: 527-532.
114. Merom D, Shohat T, Harari G, Oren M, Green MS. Factors associated with inappropriate hospitalization days in internal medicine wards in Israel: a cross-national survey. *Int J Qual Health Care* 1998; 10: 155-62.
115. Mozes B, Schiff E, Modan B. Factors affecting inappropriate hospital stay. *Qual Assur Health Care* 1991;3 :211-7.
116. Pencheon D. Intermediate care. *BMJ* 2002; 324:1347-8.
117. Melis JF, Olde G M, Parker G, van Eijken M. What is intermediate care?. *BMJ Aug* 2004; 329: 360 – 361.
118. Department of Health. *Intermediate care*. London: Department of Health, 2001. Health Service Circular 2001/01. www.doh.gov.uk/intermediatecare/index.htm.

