PLAN ESTRATÉGICO DE GERIATRÍA

EN EL ENTORNO DE LA LIBRE ELECCIÓN

PLAN 2011-2015

SaludMadrid

Comunidad de Madrid

ÍNDICE

INTRODUCCION 13
CAPITULO I: CONCEPTO Y PRÁCTICA DE LA ESPECIALIDAD EN LA COMUNIDAD DE MADRID 15
1.- IDEAS CLAVE 16
2.- DEFINICIÓN Y OBJETIVOS DE LA ESPECIALIDAD DE GERIATRÍA 18
3.- BREVE RESEÑA HISTÓRICA 18
4.- POBLACIÓN DIANA, EVALUACIÓN Y CAMPO DE ACCIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE GERIATRÍA 20
4.1. Valoración Geriátrica Integral Y Trabajo Interdisciplinar 20
4.2. Población Diana 21
4.3. Asistencia Geriátrica Especializada y Estrategias de Atención a La Cronicidad 22
5.- PLANIFICACIÓN BASADA EN LA EFICIENCIA: EVIDENCIAS CIENTÍFICAS DE LOS BENEFICIOS DE LAS DIFERENTES INTERVENCIONES GERIÁTRICAS 24
5.1. Cuidados Agudos Hospitalarios 28
5.1.1. Unidades Geriátricas de Agudos (UGA) 28
5.1.2. Unidades Ortogeriátricas en fase aguda 29
5.2. Cuidados Subagudos 30
5.2.1. Unidades Geriátricas Hospitalarias de Media Estancia 30
5.2.2. Hospital de Día Geriátrico 32
5.3. Asistencia Geriátrica Domiciliaria 33
5.3.1. Hospitalización Domiciliaria 33
5.3.2. Cuidados tras el Alta Hospitalaria 34
5.3.3. Cuidados de pacientes crónicos y cuidados paliativos 34
6.- OTRAS ÁREAS DE INTERVENCIÓN PREFERENTE 35
6.1. El Anciano en Urgencias 35
6.2. Coordinación entre Atención Hospitalaria y Residencias 35
7.- DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA POBLACIÓN MAYOR DE LA COMUNIDAD DE MADRID 36
7.1. Tasa de Envejecimiento 36
7.2. Esperanza de Vida 37
7.3. Tasas y Causas de Mortalidad en Población Mayor de la Comunidad de Madrid 39
7.4. Tasas y Causas de Discapacidad en población mayor de La CM 40
8.- DATOS ASISTENCIALES SOBRE POBLACIÓN MAYOR DE LA COMUNIDAD DE MADRID 43
8.1. Datos de Actividad Hospitalaria 43
8.1.1. Encuesta de morbilidad hospitalaria 2009 (www.ine.es) 43
8.1.2. Datos CMBD-SIAE 45
8.2. Datos de Actividad Residencial 46
8.2.1. Recursos residenciales de la Comunidad de Madrid 46
8.2.2. Distribución geográfica de residencias de Madrid 46

9.- RECURSOS SANITARIOS DE ATENCIÓN GERIÁTRICA ESPECIALIZADA DE LA COMUNIDAD DE MADRID 48
9.1. Calculo de Necesidades de Recursos Especializados 48
9.2. Recursos Actuales 52
9.3. Adecuación de Recursos (Déficits) 59
10.- DOCENCIA E INVESTIGACIÓN EN GERIATRÍA 62
10.1. Docencia Pregrado 62
10.2. Docencia Posgrado: Formación Sanitaria Especializada 63
10.3. Investigación 64
11.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 65
12.- AGRADECIMIENTOS 67
CAPITULO II: RELACIÓN CON EL ÁMBITO COMUNITARIO: ATENCIÓN PRIMARIA Y CENTROS RESIDENCIALES 68
1.- IDEAS CLAVE 69
2.- CONTEXTUALIZACIÓN DEL ÁMBITO COMUNITARIO 70
2.1. Características Socio-Demográficas 70
2.2. Modos de Convivencia 71
2.3. Modelo de Enfermedad 72
2.4. Uso de los Servicios Sanitarios 74
2.5. Ancianos con Enfermedad Crónica 74
2.5.1. Deficiencias actuales en la provisión de cuidados 74
2.5.2. Elementos para el cambio en la atención a las enfermedades crónicas 76
2.6. Cuidado Comunitario (“Home Care”) 81
3.- COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE ANCIANO 82
3.1. Introducción 82
3.2. Análisis de Los Modelos Organizativos 83
3.3. Objetivos y Población Diana 85
3.4. Estrategias de Mejora 86
3.5. Propuesta Estructura Organizativa 87
4.- COORDINACIÓN ENTRE CENTROS RESIDENCIALES Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA GERIÁTRICA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE ANCIANO 89
4.1. Introducción 89
4.2. Relación de los Centros Residenciales con AP y Especializada 91
4.3. Objetivos para la mejora en la coordinacion entre centros residenciales y Atención Geriátrica Especializada 94
4.4. Estrategias de mejora 94
4.5. Propuesta Estructura Organizativa 95
CAPITULO III: RELACIÓN CON SERVICIOS MÉDICOS Y SERVICIOS DE URGENCIAS 97
1.- IDEAS CLAVE 98
2.- COLABORACIÓN DE GERIATRÍA CON MEDICINA INTERNA Y LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS 100
2.1. Introducción 100

2.2. Coordinación entre Geriatría, Medicina Interna y Otras Especialidades Médicas 101
2.3. Estrategias para la Mejora de La Calidad de La Coordinación Entre Geriatría y los Servicios Médicos 107
2.4. Recomendaciones Específicas 111
3.- COLABORACIÓN DE GERIATRÍA CON LOS SERVICIOS DE URGENCIAS 112
3.1. Introducción 112
3.2. El Mayor en el Servicio de Urgencias 113
3.3. Estudios Sobre Modelos Organizativos 117
3.4. Situación Actual de la Relación entre los Servicios de Urgencias y los Servicios de Geriatría en la Comunidad de Madrid 120
3.5. Estrategias para la Mejora de la Calidad de la Asistencia Urgente a los Pacientes Mayores y de la Coordinación con todos los Niveles Asistenciales Geriátricos 124
3.6. Recomendaciones Específicas 129
CAPITULO IV: RELACIÓN CON SERVICIOS QUIRÚRGICOS Y DE REHABILITACIÓN 132
1.- IDEAS CLAVE 133
2.- RELACION CON SERVICIOS QUIRÚRGICOS 135
2.1. Intervenciones quirúrgicas más frecuentes en ancianos en la Comunidad de Madrid 135
2.2. Areas de Colaboración entre los Servicios de Geriatría y Cirugía 137
2.3. Modelos Asistenciales Actuales De Colaboración Geriatría- Cirugía: Unidades de Ortogeriatría 140
2.4. **Colaboración de Geriatría y Servicios de Rehabilitación en Relación con Patologías Quirúrgicas** 146
2.5. Estrategias Propuestas para Mejorar la Colaboración con los Servicios Quirúrgicos 151
2.6. Propuestas Concretas de Colaboracion con los Servicios Quirúrgicos.. 153
3.- PAPEL DE LA GERIATRIA EN EL MANEJO DEL ANCIANO CON ICTUS 155
3.1. El Anciano con Ictus 155
3.2. Programas de Recuperación Funcional Multidisciplinar en U.Geriátricas 156
3.3. Propuestas Concretas en la colaboración de Geriatría en el manejo del Ictus 158
CAPITULO V: HOSPITALES DE APOYO DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA 159
1.- IDEAS CLAVE 160
2.- MARCO CONCEPTUAL 161
2.1. Concepto de Hospital de Apoyo. Tipología de los pacientes 161
2.2. Características de la enfermedad en el anciano que justifican los Cuidados Subagudos y de Larga Duración 164
2.4. Modelos Nacionales e Internacionales 169

2.5. Análisis de los roles de los Hospitales de Apoyo de la CM 175
2.6. Rol del Especialista en Geriatría en los Hospitales de Apoyo de la Comunidad de Madrid 176
3.- RECURSOS DISPONIBLES EN LA COMUNIDAD DE MADRID Y ACTIVIDAD ASISTENCIAL 178
3.1. Cartera de Servicios yAnálisis de la Actividad 178
3.2. Recursos Diagnósticos Propios y Concertados 185
3.3. Proceso de Selección de los Pacientes 186
3.4. Relación con los Servicios de Geriatría del Hospitales de Agudos ... 187
3.5. Relación con los Servicios de Urgencias y otras Especialidades Médicas y Quirúrgicas 187
3.6. Relación con Atención Primaria 188
3.7. Relación con las Residencias 189
3.8. La Relación y la dimensión de la Libre Elección en los Hospitales de Apoyo 189
4.- ANÁLISIS DE LA DEMANDA Y ESTIMACIÓN DE NECESIDADES .. 189
4.1. Patologías más prevalentes que generan incapacidad y necesidad de cuidados en las Unidades de Media Estancia 189
4.2. Patologías que generan necesidad de Cuidados Paliativos 191
4.3. Patologías que generan necesidad de Cuidados Continuados 192
4.4. Patologías que generan necesidad de ingreso En Unidades de Crónicos Agudizados 192
4.5.1. Unidades de Media Estancia 194
4.6. Impacto del incremento de la actividad de los Hospitales de Apoyo en los Hospitales de Agudos 196
5.- CALIDAD ASISTENCIAL. CRITERIOS DE ESTRUCTURA, PROCESO Y RESULTADO 197
5.1. Criterios de Estructura 198
5.2. Criterios de Proceso 200
5.3. Criterios de Resultado 202
5.4. Sistemas de Clasificación de Pacientes 202
5.- ÁREAS Y PROPUESTAS DE MEJORA 204
5.1. Accesibilidad a los Hospitales de Apoyo 204
5.2. Proceso de Admisión de Pacientes 205
5.3. Actividad Asistencial 206
5.4. Disponibilidad de Medios Diagnósticos 207
5.5. Acceso a la Información y la Comunicación 207
5.6. Ámbito de la Asistencia 208
CAPITULO VI: LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE FUTURO 211
1.- INTRODUCCION 212
2.- LINEAS ESTRATEGICAS GENERALES O TRASVERSALES 213
2.1. Extender el Concepto del Paciente Geriátrico, Vulnerable o Frágil ya que es aquel que más se beneficia de la Valoración Geriátrica 213
2.3. Ampliar el Área Única a la Especialidad de Geriatría para asegurar la equidad y la reducción de las desigualdades 215

2.4. Garantizar la Coordinación y la Continuidad de los cuidados de los Ancianos a lo largo de todos los Niveles Asistenciales 215
2.5. Desarrollar un Programa de Prevención de la Iatrogenia Farmacológica 216
2.6. Potenciar el desarrollo y el uso de las TIC 216
2.7. Docencia e Investigación 216
2.8. Monitorizar implementación de las recomendaciones y acciones concretas 218
3.- LINEAS ESTRATEGICAS CONCRETAS EN LOS DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES 219
3.1. Atencion Primaria 219
3.2. Hospitales de Agudos 219
3.3. Hospitales de Apoyo de Media y Larga Estancia 225
3.4. Desarrollar la Atención Geriátrica Paliativa de los Pacientes Ancianos con enfermedad no Oncológica Avanzada en Fase Terminal 226
4.1. Medio Residencial 227
4.- RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS DE FUTURO 228
4.1. Hospitales sin Geriatría o con Equipo Interconsultor de Geriatría de uno o dos Facultativos 229
4.2. Hospitales con Geriatría con tres o más Facultativos 230
4.3. Hospitales de Apoyo 231
BIBLIOGRAFIA 233
Anexo1. Criterios de ingreso en las Unidades Asistenciales de los Hospitales de Apoyo 255
CRITERIOS GENERALES DE INGRESO EN EL HOSPITAL 255
UNIDAD DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL 256
UNIDAD DE CRÓNICOS AGUDIZADOS 257
UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS 258
UNIDAD DE CUIDADOS CONTINUOS 259

ABREVIATURAS

ABVD	Actividades Básicas de la Vida Diaria
AGD	Atención Geriátrica Domiciliaria
AIVD	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria
AP	Atención Primaria
AVD	Actividades de la Vida Diaria
BGS	British Geriatric Society
BMJ	British Medical Journal
CDSMP	Chronic Disease Self-Management Program
CEX	Consultas Externas
CM	Comunidad de Madrid
CM	Case Management
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos
DM	Disease Management
DMAA	Disease Management Organization of America
EAP	Equipo de Atención Primaria
ECA	Ensayo Clínico Aleatorizado
ESAD	Equipos de Soporte y Atención Domiciliaria
EUMS	Unión Europea de Especialidades Médicas
FC	Fractura de Cadera
GEM	Geriatric Evaluation Management
GM-IPR	Gregorio Marañón – Instituto Provincial de Rehabilitación
GRD	Grupos Relacionados con el Diagnóstico
HDG	Hospital de Día Geriátrico
IC	Interconsulta
INE	Instituto Nacional de Estadística
MA	Meta-análisis
NHS	Nacional Health Service
OMS	Organización Mundial de la Salud
RUG	Resource Utilization Groups
SEGG	Sociedad Española de Geriatría y Gerontología
SEMEG	Sociedad Española de Medicina Geriátrica
SERMAS	Servicio Madrileño de Salud
SUH	Servicio de Urgencia Hospitalaria
TIC	Tecnologías de la Información y Comunicación
UCC	Unidad Cuidados Continuados
UCP	Unidad de Cuidados Paliativos
UGA	Unidad Geriátrica de Agudos
UME	Unidades de Media Estancia
UOG	Unidad de Ortogeriatria
VGI	Valoración Geriátrica Integral

Responsable

- José Antonio Serra Rexach.
  Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Coordinadores de los capítulos

- Juan José Baztán Cortés
  Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela
- Roberto Petidier Torregrosa
  Hospital Universitario de Getafe
- Alfonso Cruz Jentoft
  Hospital Universitario Ramón y Cajal
- María Teresa Vidán Astiz
  Hospital General Universitario Gregorio Marañón
- Pedro López-Dóriga Bonnardeaux
  Hospital de La Fuenfría
- Pedro Gil Gregorio
  Hospital Clínico San Carlos

Comité Técnico

- Teresa Alarcón Alarcón
  Hospital Universitario La Paz
- Patricia Alonso Fernández
  Hospital Universitario Infanta Leonor
- Berta Alvira Rasal
  Hospital Infanta Elena
- Luis Carlos Arranz Santamaría
  Hospital Virgen de la Poveda
- Carolina Arroyo González
  Fundación Instituto San José
- Cristina Bermejo Boixareu
  Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda
- Rafael Bielza Galindo
  Hospital Universitario Infanta Sofía
- María Jesús Boya Cristia
  Hospital Universitario de Getafe

- Fátima Brañas Baztán
  Hospital Universitario Infanta Leonor
- Cristina Castro Cristóbal
  Hospital Universitario del Henares
- María Jesús Gayoso Orol
  Hospital Virgen de la Poveda
- Javier Gómez Pavón
  Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela
- Pedro González Gil
  Residencia Los Nogales-Pacífico
- Margarita Hierro Villarán
  Hospital Virgen de la Poveda
- Gregorio Jiménez Díaz
  Hospìtal. Universitario Príncipe de Asturias
- Rocío Menéndez Colino
  Hospital Universitario La Paz
- Jesús Minaya Sáiz
  Hospital de Guadarrama
- María Jesús Molina Hernández
  Hospital Universitario Severo Ochoa
- Jesús Mora Fernández
  Hospital Clínico San Carlos
- Carmen Osuna del Pozo
  Hospital General Universitario Gregorio Marañón
- Alejandro Pérez Martín
  Hospital Universitario de Fuenlabrada
- Florencia Pérez Rojas
  Hospital Virgen de la Torre
- Antonio José Pita Carranza
  Hospital Universitario de La Princesa
- Begoña Prado Villanueva
  Hospital de Guadarrama
- Javier Martin Sanchez
  Hospital Clinico San Carlos
- Primitivo Ramos Cordero
  Servicio Regional de Bienestar Social
  Consejería de Asuntos Sociales

- Jaime Rodríguez Salazar
  Hospital Universitario Severo Ochoa
- Francisco Sánchez del Corral Usaola
  Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela
- Ángela de Tena Fontaneda
  Hospital del Sureste
- Emiliana Valderrama Gama
  C.S. Arroyo de la Media Legua
- Carlos Verdejo Bravo
  Hospital Clínico San Carlos
- Javier Martín Sánchez
  Hospital Clínico San Carlos

Comité Asesor

- Gregorio Jiménez Díaz (coordinador)
  Servicio de Urgencias
  Hosìtal Universitario Príncipe de Asturias
- Luis Agüera Ortiz
  Centro de Salud Mental de Carabanchel-Pontones
- Elixabete Altube Arabiurrutia
  Dirección Médica
  Hospital de La Fuenfría
- Ángel Berbel García
  Servicio de Neurología
  Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela
- Ana María Blanco Rodríguez
  Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia
- Héctor Bueno Zamora
  Servicio de Cardiología
  Hospital General Universitario. Gregorio Marañón
- Paloma Casado Pérez
  Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria
- Francisco Javier Cid Abasolo
  Sección de Geriatría
  Hospital Universitario de Móstoles
- Juan Jorge González Armengol
  Servicio de Urgencias
  Hospital Clínico San Carlos

- Juan Ignacio González Montalvo
  Servicio de Geriatría
  Hospital Universitario La Paz
- Juan Ángel Jover Jover
  Servicio de Reumatología
  Hospital Clínico San Carlos
- Alberto López Rocha
  Residencia Aranjuez
  Colegio Oficial de Médicos de Madrid
- Jorge José Manzarbeitia Arambarri
  Servicio de Geriatría
  Hospital Universitario de Getafe
- Fernando Marco Martínez
  Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica
  Hospital Clínico San Carlos
- Luis Audibert Mena
  Servicio de Medicina Interna
  Hospital General Universitario. Gregorio Marañón
- Javier Ortiz Alonso
  Servicio de Geriatría
  Hospital General Universitario. Gregorio Marañón
- Antonio José Pita Carranza
  Unidad de Cuidados Paliativos
  Hospital Universitario de La Princesa
- Primitivo Ramos Cordero
  Sociedad Madrileña de Geriatría y Gerontología
- Lourdes Rexach Cano
  Servicio de Geriatría
  Hospital Universitario Ramón y Cajal
- José Manuel Ribera Casado
  Comisión Nacional de la Especialidad de Geriatría
- Leocadio Rodríguez Mañas
  Servicio de Geriatría
  Hospital Universitario de Getafe
- Isidoro Ruipérez Cantera
  Servicio de Geriatría
  Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela
- Ricardo Ruiz de Adana Pérez
  Agencia Laín Entralgo
  Consejería de Sanidad

- Isidoro Sánchez Blanco
  Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física
- Miguel Ángel Sánchez Chillón
  Vocal de Atención Primaria
  Colegio Oficial de Médicos de Madrid
- Balbino Viña Carregal
  Servicio de Medicina Interna
  Hospital Virgen de la Torre

INTRODUCCION

Los cambios en los hábitos de vida y los avances médicos han conseguido que actualmente haya un mayor número de ciudadanos que alcanzan edades muy avanzadas. Este progresivo envejecimiento de la población ha sometido a nuestro sistema sanitario a unas tensiones y esfuerzos que requieren adaptaciones para garantizar su calidad y sostenibilidad.

Los sistemas sanitarios actuales fueron diseñados durante la segunda mitad del siglo pasado en unas circunstancias demográficas, económicas y sociales diferentes a las actuales y para una población muy diferente a la de hoy. Actualmente los principales usuarios de nuestro sistema de salud son las personas mayores, para las que la salud, según la Organización Mundial de la Salud, no solo supone la ausencia de enfermedad, si no también el bienestar físico, mental y social.

Se impone, por lo tanto una organización capacitada para valorar y dar las respuestas adecuadas en estas cuatro esferas de la salud: médica, física, mental y social. Para esto resulta imprescindible un sistema sanitario centrado en el paciente y en sus características, que disponga de los recursos necesarios para la atención precisa en el momento adecuado, en el que la continuidad asistencial sustituya al actual fraccionamiento de los cuidados, con unos objetivos sanitarios realistas teniendo en cuenta tanto la cantidad como la calidad de vida, y donde el mantenimiento de la independencia funcional y la prevención de la dependencia sean áreas prioritarias. La especialidad de Geriatría por conocimiento, capacidad y experiencia puede y debe desempeñar un papel fundamental en este cambio organizativo.

La Comunidad de Madrid, ha decidido impulsar el desarrollo de planes estratégicos de todas las especialidades médicas, desde el convencimiento de que la libre elección de médico servirá como impulsor de una asistencia de calidad. El Plan Estratégico de Geriatría se enmarca en el contexto del decreto 51/2010, de 29 de julio que regula el ejercicio de la libertad de elección de médico de familia, pediatra y enfermero en Atención Primaria, y de médico y hospital en Atención Especializada, en el ámbito del Servicio Madrileño de Salud, en desarrollo de lo dispuesto en la Ley 6/2009, de 16 de noviembre, de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad Autónoma de Madrid.

Siguiendo las instrucciones de la Consejería de Sanidad, el Plan Estratégico de Geriatría contempla seis aspectos: Situación actual de la especialidad en la Comunidad de Madrid, relación con Atención Primara y centros residenciales, relación con servicios médicos, de urgencias, quirúrgicos y de rehabilitación, papel de los hospitales de apoyo de media y larga estancia y finalmente las propuestas de futuro.

Los cinco primeros capítulos han sido tratados de manera independiente, intentando en todo momento respaldar las afirmaciones que se vierten con el mayor y mejor respaldo científico posible. Cada capítulo comienza con un resumen de las ideas clave que luego se desarrollarán en profundidad y termina con unas propuestas concretas de actuación en las áreas correspondientes. El capítulo de propuestas de futuro resume las propuestas realizadas en cada capítulo y concreta la estrategia para llevarlas a cabo.

CAPITULO I: CONCEPTO Y PRÁCTICA DE LA ESPECIALIDAD EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Grupo de Trabajo

Coordinador

- Juan José Baztán. Hospital Central Cruz Roja San José y Santa Adela
- Jaime Rodríguez Salazar. Hospital UniversitarioSevero Ochoa
- Cristina Castro Cristóbal. Hospital Universitario del Henares
- Rafael Bielza Galindo. Hospital Universitario Infanta Sofía
- Carlos Verdejo Bravo. Hospital Clínico San Carlos

1.- IDEAS CLAVE

- El objetivo de la Geriatría es intentar restaurar la salud, y mantener o mejorar el mayor grado de independencia física y mental para limitar el deterioro funcional, determinante fundamental de la calidad de vida y principal predictor de dependencia, mortalidad, institucionalización y consumo de recursos sanitarios y sociales en el anciano (*Lubitz et al 2003; Alarcón et al 2008; Lee et al 2008; Cruz-Jentoft et al 2009*).
- El paciente que más se beneficia de la intervención geriátrica especializada es aquel con 85 años o más o entre 75 y 84 años que, además reúnen alguno de los siguientes criterios: pluripatología, polifarmacia, deterioro de la autonomía en las actividades de la vida diaria, presencia de síndromes geriátricos, deterioro inexplicado de su salud, patología mental (demencia, depresión), problemática sociofamiliar que condicione su estado de salud y aquel que vive en residencia (institucionalizado) (*Warshaw et al 2008*).
- En 2007, el Instituto de Medicina de EEUU constituyó un comité de expertos para elaborar las directrices para la provisión de cuidados a los ancianos americanos en el futuro. Tras una revisión sistemática de la literatura científica publicada hasta mayo de 2008 encontró 118 estudios de alta calidad (experimentales, cuasi-experimentales y metanálisis) que objetivaban la eficacia y la eficiencia de 15 intervenciones sanitarias sobre población anciana en ámbitos que abarcaban intervenciones domiciliarias, atención primaria, cuidados transicionales, residenciales y hospitalarios (*Boult et al 2009*).
- Los rasgos comunes que caracterizan la eficacia y eficiencia de las intervenciones geriátricas son: Mejores resultados a mayor precocidad e intensidad de la intervención, adecuada selección del paciente diana, trabajo de un equipo multidisciplinar especializado en medicina geriátrica y basado en la Valoración Geriátrica Integral (VGI), adaptaciones estructurales, formación especializada del personal e integración de los cuidados hospitalarios y comunitarios para garantizar la continuidad asistencial (*Campion 1995; Calkins et al 1999; Baztán et al 2000a; Rodríguez-Mañas et al 2001; Ellis et al 2011a y 2011b*).
- "El beneficio demostrado de la VGI es suficiente para justificar la reorganización de los servicios, sin que esta reorganización aumente los costes para los hospitales y en cambio contribuya a una reducción de los potenciales costes sociales. Parece ser necesario que las instituciones de asistencia sanitaria justifiquen su provisión de camas geriátricas adecuadas tanto en el ámbito de la atención de casos agudos como de rehabilitación" *(Ellis 2011a)*

- Las unidades geriátricas de agudos reducen significativamente la incidencia de deterioro funcional al alta en un 13% y aumentan la proporción de pacientes que regresan a sus domicilios en un 25%, con una reducción de la estancia media y de los costes directos de la hospitalización del 10% (*Baztán et al 2009 y 2011a, Vidán et al 2008; González-Montalvo et al 2009*).
- Las unidades de ortogeriatría (colaboración Geriatría-Traumatología) para la atención del anciano con fractura de cadera han demostrado una reducción del riesgo de deterioro funcional e incluso de muerte tras el alta hospitalaria, una reducción hasta un 30% de la estancia hospitalaria con un ahorro del coste por proceso entre 1200 y 1600 euros (*González-Montalvo et al 2010 y 2011*).
- La eficacia y eficiencia de las unidades hospitalarias de media estancia, convalecencia y recuperación funcional están ampliamente demostradas, objetivándose importantes reducciones en la incidencia de deterioro funcional, mortalidad y necesidad de institucionalización (*Bachman et al 2010; Handoll et al 2009*).
- Con respecto a la evidencia disponible sobre la reducción de costes globales al año de atención en UMEs, existen estudios que encuentran reducción del gasto global, mientras que otros estudios muestran una elevación del mismo que desaparece si se ajusta por años de vida sobrevividos o días vividos sin institucionalización (*Bachman et al 2010*).
- En un futuro próximo, los ancianos que ingresen en hospitales de la Unión Europea deberían tener acceso a una asistencia geriátrica especializada, que les ofrezca asistencia multidisciplinar coordinada e integral, adaptada a las necesidades de cada individuo, sus familias y sus cuidadores (*Cruz-Jentoft et al 2009, Ellis 2011b*).

2.- DEFINICIÓN Y OBJETIVOS DE LA ESPECIALIDAD DE GERIATRÍA

Según el Programa formativo de la especialidad (BOE 2008), la Geriatría es la «rama de la Medicina dedicada a los aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos y sociales de las enfermedades en los ancianos», definición que entronca con la establecida por la Unión Europea de Especialidades Médicas – EUMS en 2008, que concreta que esta atención específica debe proporcionarse tanto ante procesos agudos como crónicos, rehabilitadores y al final de la vida.

Su objetivo principal es evitar o limitar el deterioro funcional, determinante fundamental de la calidad de vida y principal predictor de dependencia, mortalidad, institucionalización y consumo de recursos en el anciano (*Lubitz et al 2003; Alarcón et al 2008; Lee et al 2008*). Los fines propios de esta especialidad son:

- El desarrollo de un sistema asistencial a todos los niveles, que atienda las múltiples alteraciones y los problemas de salud de los ancianos, que de forma aguda y subaguda presentan como rasgos comunes la pérdida de su independencia física o social.
- La movilización de todos los recursos para integrar en la comunidad el mayor número de ancianos posible.
- La organización de una asistencia prolongada a los ancianos que lo necesiten.
- La investigación, la docencia y la formación continuada de sus propios especialistas y del personal relacionado con dicha especialidad.

3.- BREVE RESEÑA HISTÓRICA

(Morley JE 2004; González-Montalvo JI 2005; Ribera Casado JM 2012)

Aunque la palabra *geriatría* (geriatrics) comenzó a utilizarse en la primera década del siglo XX, acuñada por el médico austríaco emigrado a los EEUU Ignatz Leo Nascher, no fue hasta los años 30 cuando nació la Geriatría moderna en los hospitales del Reino Unido. Dirigidos por la doctora Marjorie Warren, considerada la pionera de la asistencia geriátrica actual, los primeros geriatras británicos fueron introduciendo criterios especializados en la asistencia geriátrica hospitalaria y en 1946 se reconoce la especialidad de Geriatría en el Reino Unido. A consecuencia tanto de su progresivo conocimiento como del envejecimiento de la población que sobrevino en las siguientes décadas, la especialidad experimenta una difusión progresiva en la segunda mitad del siglo XX en los diferentes países europeos, EEUU, Canadá y Japón.

En España, la Comunidad de Madrid es pionera en el desarrollo asistencial y docente de la Geriatría en España. Aunque el primer servicio de Geriatría se forma en el año 1961 en el Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid dirigido por el doctor Alberto Salgado Alba, no es hasta la Ley de Especialidades de 1978 cuando se reconoce la nueva especialidad. Ese mismo año se constituye la Comisión Nacional de la Especialidad y desde el inicio del sistema MIR se introduce esta vía de especialización, con un lento pero progresivo incremento de la presencia de esta joven especialidad en los hospitales españoles.

Respecto a la enseñanza universitaria, en el Plan de Estudios aplicado desde el curso 1993-1994 se introduce la Geriatría en las facultades de Medicina, en algunas como asignatura obligatoria y en otras como optativa. Actualmente el 57% de las facultades disponen de ella en su programa docente, con una media de 7 créditos. Por el momento únicamente existe una cátedra de Geriatría, creada por el profesor José Manuel Ribera Casado (actualmente profesor emérito) en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.

Previamente a este Plan Estratégico, se han publicado diferentes documentos que han establecido directrices para la planificación de servicios sanitarios para las personas mayores en España:

- Criterios de ordenación de servicios para la atención a las personas mayores del INSALUD. Ministerio de Sanidad y Consumo (1995)
- Informe Geriatría XXI y Recomendaciones del Defensor del Pueblo con el Informe de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología y la Asociación Multidisciplinaria de Gerontología (2000).
- Primera Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España. Prevención de la Dependencia en las Personas Mayores. Ministerio de Sanidad y Consumo (Gómez Pavón et al 2007).
- “Unidades de pacientes pluripatológicos: estándares y recomendaciones”. Ministerio de Sanidad y Política Social (Medina Asensio et al 2009).

Todos estos documentos coinciden en la recomendación de desarrollar una Atención Integral, Multidisciplinaria, Coordinada entre Atención Primaria, Especializada y Servicios Sociales, en un marco geográfico determinado y que cubra las diferentes necesidades asistenciales (preventivas, agudas, subagudas, progresivas y continuadas) mediante el desarrollo de niveles de atención específicos que garanticen la calidad, seguridad y eficiencia.

A su vez, estos objetivos son concordantes con lo propuesto desde la Unión Europea, que en 2008 patrocinó bajo la presidencia de turno francesa, un "Documento europeo sobre el futuro de la promoción de la salud y las acciones preventivas, la investigación básica y los aspectos clínicos de las enfermedades relacionadas con el envejecimiento" conocido como "European Silver Paper" (*Cruz-Jentoft et al 2009*), que entre sus recomendaciones especificaba:

- "El objetivo no es sólo restaurar la salud, sino restaurar y mantener el mejor grado de independencia posible y la autonomía física y mental. Las intervenciones que han demostrado claramente ofrecer mejores resultados deberían ofrecerse a todas las personas mayores afectadas. Los resultados deberían adaptarse a las necesidades de cada individuo, que puede preferir la autonomía a la longevidad."
- "En un futuro muy próximo, los pacientes mayores que ingresen en hospitales de la Unión Europea deberían tener acceso a una asistencia geriátrica especializada, que les ofrezca asistencia multidisciplinar coordinada e integral, adaptada a las necesidades de cada individuo, sus familias y sus cuidadores. En caso de enfermedad, los mayores europeos frágiles y complejos deberían tener acceso a tratamientos ofrecidos por geriatras y sus equipos."

4.- POBLACIÓN DIANA, EVALUACIÓN Y CAMPO DE ACCIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE GERIATRÍA

4.1. Valoración Geriátrica Integral Y Trabajo Interdisciplinar

El concepto de salud de los ancianos contempla el bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad. Para conocer de manera integral el estado de salud de las personas mayores y abordar sus necesidades, la Geriatría utiliza la "Valoración Geriátrica Integral" (También denominada "Evaluación Geriátrica Integral" o "Valoración Geriátrica Exhaustiva") que se define como el "proceso diagnóstico multidimensional, habitualmente interdisciplinario, para cuantificar las capacidades y problemas médicos, funcionales, mentales y sociales de las personas de edad avanzada, con el fin de establecer un plan coordinado e integrado de tratamiento y seguimiento a largo plazo" (*Rubenstein et al 1991*), y cuyos objetivos son:

- Conocer de la situación funcional del anciano
- Mejorar la precisión diagnóstica
- Evaluar la repercusión funcional de la enfermedad
- Proporcionar el tratamiento y la ubicación más adecuados
- Optimizar el uso de los servicios sanitarios y sociales

Los integrantes básicos del Equipo Multidisciplinar son además del médico geriatra, la enfermera geriátrica, trabajadora social y terapeutas, a los cuales se pueden añadir otros profesionales en función de las necesidades de los pacientes. Existen pruebas de que la especialización del equipo multidisciplinar que trabaja en Unidades Geriátricas (p.ej. en terapia médica, abordaje de síndromes geriátricos, fisioterapia y terapia ocupacional) es fundamental para que los resultados sean eficaces y eficientes, y este hecho puede ser especialmente importante con relación a la enfermería gerontológica (*Ellis et al 2011a y Baztán et al 2009 y 2011*).

4.2. Población Diana

Si el objetivo prioritario de la Geriatría es preservar el máximo nivel posible de autonomía e independencia de la población anciana, facilitando así una vida autosuficiente en su domicilio y entorno habitual, es fácil entender que la población diana será aquella con mayor riesgo de desarrollar deterioro funcional, que es a su vez, el determinante principal de la calidad de vida, y principal factor pronóstico independiente de mortalidad y consumo de recursos sanitarios y sociales (*Lubitz et al 2003; Alarcón et al 2008; Lee et al 2008*). En este sentido, la especialidad de Geriatría debe mantener unos lazos de colaboración preferente con los Servicios y Unidades de Rehabilitación para facilitar la consecución de sus objetivos asistenciales.

Tradicionalmente el paciente diana de la especialidad de Geriatría ha recibido diferentes denominaciones: “anciano de riesgo”, “paciente geriátrico”, “anciano frágil” y “anciano vulnerable” y más recientemente “pluripatológico”, conceptos similares pero no sinónimos que coinciden en recoger las características más relevantes de aquellos pacientes con mayor riesgo de deterioro de su estado de salud y, en consecuencia, consumo de recursos. Si bien la edad no ha sido un criterio único para definir al paciente diana de la Geriatría, sigue siendo el indicador más sencillo para seleccionar la población. Así, existe consenso en considerar que el paciente que más se beneficia de la intervención geriátrica especializada son aquellos con 85 años o más, o entre 75 y 84 años que, además reúnen alguno de los siguientes criterios (W*arshaw et al 2008*):

- Complejidad médica derivada de la presencia de multimorbilidad, enfermedad avanzada, polifarmacia (toma de 5 ó más principios activos),
- Deterioro de la autonomía con especial repercusión en las actividades básicas de la vida diaria y en la movilidad
- Presencia de síndromes geriátricos y deterioro inexplicado de su salud
- Concurrencia de patología mental compleja (demencia, depresión) y problemática sociofamiliar que condicione su estado de salud

- Institucionalizados
- De manera más concreta, una encuesta realizada para este Plan Estratégico entre los 118 especialistas en Geriatría que trabajaban en diferentes hospitales del Servicio Madrileño de Salud, a la que contestaron un 70%, objetivó que más del 85% de los encuestados estaban de acuerdo en los siguientes criterios individuales para ser utilizados en la selección de pacientes MUY PRIORITARIOS de intervención geriátrica hospitalaria en mayores de 75 años: ingreso por fractura de cadera, presencia de deterioro funcional o cognitivo agudo, fragilidad, deterioro inexplicado del estado de salud ó edad de 85 y más años.

4.3. Asistencia Geriátrica Especializada y Estrategias de Atención a La Cronicidad

La apertura del debate sobre el abordaje de pacientes con enfermedades crónicas y múltiples y el reciente desarrollo de "estrategias de atención a la cronicidad" plantea un escenario que puede ser muy positivo para el Sistema Nacional de Salud en tanto que contribuya a modificar el clásico Paradigma Asistencial compartimentado (Primaria-Especializada) y basado en un abordaje biomédico, por otro escenario basado en la Atención Integral, Interdisciplinaria, Progresiva, Coordinada y Continuada demandada desde hace tiempo desde la Geriatría *(Salgado Alba 1983)*. El aumento de masa crítica que contribuya a este cambio de paradigma siempre será bienvenido. Ante este escenario cabe preguntarse:

1.- ¿Cuál es la contribución de la Medicina Geriátrica?

2.- ¿Cómo puede traducirse en la práctica asistencial esta contribución?

Para responder a la primera pregunta podría ser conveniente conocer qué posibles diferencias y coincidencias pueden existir entre la atención al denominado "paciente pluripatológico" (INSALUD. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995; "Programa formativo de la especialidad de Geriatría", BOE 2008; 223: 37785-90)

En cuanto a las características del paciente diana reflejadas en la tabla 1.1 parecen bastante superponibles en un 80% de los casos, siendo conscientes de que la cronicidad empieza antes de la edad avanzada, pero haciendo necesario constar de nuevo que a partir de los 75 años (y especialmente a partir de los 80 años), el principal factor pronóstico determinante de resultados de salud desfavorables y consumo de recursos no es la presencia de patologías crónicas sino la presencia de deterioro funcional y discapacidad. Es aquí donde la distribución de tareas asistenciales puede ser complementaria y favorecer a las necesidades de los pacientes y del sistema sanitario.

Tabla 1.1 Características de paciente pluripatológico y geriátrico

Paciente Pluripatológico (2009)	Paciente Geriátrico (1995, 2008)
• ≥ 2 Enf. Crónicas • Condiciona Fragilidad clínica • Conlleva Deterioro gradual de autonomía y capacidad funcional • Más frecuente en edades avanzadas • Mayor demanda de atención (primaria, especializada y S. sociales)	• Edad ≥ 75 años • Pluripatología relevante • Riesgo de incapacidad funcional • Patología mental acompañante o predominante • Problemática social en relación con su estado de salud

Desde el punto de vista asistencial, la tabla 1.2 muestra que las coincidencias entre ambos modelos también son mayores que las diferencias. En este sentido, y como se expondrá en el punto siguiente, la principal contribución que la Geriatría puede hacer a este necesario cambio de paradigma asistencial es que la mayoría de intervenciones que ahora se plantean (modificaciones en la asistencia hospitalaria para pacientes con patología aguda, unidades de subagudos, hospitales de día, hospitalización domiciliaria, coordinación primaria-especializada, unidades interdisciplinares como las unidades de ictus, etc) ya han sido testadas científicamente y sus resultados publicados en la literatura, al menos para la población anciana. Es decir, desde la Geriatría podemos ofrecer nuestra experiencia sobre la eficacia y la eficiencia de las medidas a adoptar.

Tabla 1.2 Programas de atención al paciente pluripatológico y al paciente anciano

Asistencia al Paciente Pluripatológico (2009)	Cuidados Asistenciales al Paciente Geriátrico (1983)
• Atención Multidisciplinaria • Vinculación entre médico especialista y médicos de atención primaria • Marco geográfico y poblacional determinado • Modalidades asistenciales que permitan garantizar la atención en el momento y lugar más adecuado (hospitalización convencional, C.Externa, H.Día, H.domiciliaria y cuidados paliativos) • Garantizar calidad, seguridad y eficiencia	• Preventivos de incapacidad • Integrales e Interdisciplinares • Continuados y Coordinados entre hospital y domicilio y viceversa (a.primaria, a.especializada y s.sociales) • Sectorizados geográficamente • Progresivos: según estadio de enfermedad (niveles asistenciales)

Lo expuesto avala la necesaria colaboración de la Geriatría con otras disciplinas afines (*Ribera Casado 2004*), pero ¿cuál puede ser la traslación a la práctica de esta colaboración? Es evidente que ambos planes se centran en el paciente, pero los planes sobre cronicidad ponen el acento en el abordaje de la patología crónica y los planes geriátricos en la prevención del deterioro funcional y la dependencia, estando más centrados en las necesidades del paciente que en objetivos de la enfermedad *(Reuben y Tinetti 2012)*. Este segundo enfoque basado en el conocimiento de la enfermedad en la edad avanzada de la vida es un abordaje más integral y más adecuado y específico para este grupo etario, por cuanto aborda de forma conjunta no solo la cronicidad sino otros procesos patológicos relevantes en este grupo de edad como es la Fragilidad. Todo ello justifica la necesidad de acceder a cuidados geriátricos especializados para la valoración y asistencia de cualquier paciente frágil o de edad avanzada hospitalizado o derivado desde Atención Primaria.

5.- PLANIFICACIÓN BASADA EN LA EFICIENCIA: EVIDENCIAS CIENTÍFICAS DE LOS BENEFICIOS DE LAS DIFERENTES INTERVENCIONES GERIÁTRICAS

La mayoría de las diferentes intervenciones geriátricas especializadas desarrolladas en la práctica basadas inicialmente en las necesidades percibidas de la población mayor, han sido posteriormente evaluadas en ensayos clínicos, siendo la Geriatría la especialidad médica que tiene un mayor nivel de evidencias en relación con la eficiencia de sus distintos niveles o unidades asistenciales.

En 2007, el Instituto de Medicina de EEUU constituyó un comité de expertos para elaborar las directrices para la provisión de cuidados a los ancianos americanos en el futuro. Tras una revisión sistemática de la literatura científica publicada hasta mayo de 2008 encontró 118 estudios de alta calidad (experimentales, cuasi-experimentales y metanálisis) que objetivaban la eficacia y la eficiencia de 15 intervenciones sanitarias sobre población anciana

en ámbitos que abarcaban intervenciones domiciliarias, atención primaria, cuidados transicionales, residenciales y hospitalarios (*Boult et al 2009*). Las conclusiones de este comité establecieron tres principios básicos que debían guiar la organización de estos cuidados:

1.- Las necesidades de salud de la población anciana requieren una valoración exhaustiva (integral y multidisciplinaria)
2.- Los servicios deben ser proporcionados de manera eficiente
3.- Las personas mayores deben participar de forma activa en sus propios cuidados

Otra conclusión de esta revisión fue que ante visiones apocalípticas de aumento progresivo del gasto sanitario derivado del progresivo envejecimiento y mayor carga de enfermedades crónicas de la población en los próximos años, existen ya datos suficientes para adoptar modificaciones asistenciales que han probado su eficacia y eficiencia en este grupo de población (*Reuben 2009*). Los rasgos comunes que caracterizan la eficacia y eficiencia de estas intervenciones geriátricas especializadas son (*Campion 1995; Calkins et al 1999; Baztán et al 2000a; Rodríguez-Mañas et al 2001; Ellis et al 2011a y 2011b*):

- Mejores resultados a mayor precocidad e intensidad de la intervención.
- Adecuada selección del paciente diana.
- Trabajo interdisciplinar de un equipo multidisciplinar especializado en medicina geriátrica, y basado en:
  - valoración integral que identifique problemas médicos, físicos, mentales y sociales
  - realización de un plan terapéutico que incluya una rehabilitación apropiada
  - revisión periódica del plan terapéutico en reuniones interdisciplinarias
  - planificación precoz y anticipada de las necesidades (p.ej. al alta)
  - responsabilidad directa en la dispensación del tratamiento y cuidados planificados
  - adaptaciones estructurales y formación especializada
- Integración de los cuidados hospitalarios y comunitarios que asegure la continuidad y seguimiento de los mismos de forma bidireccional.

A continuación revisaremos más pormenorizadamente la eficacia y eficiencia de los niveles asistenciales más establecidos en la asistencia geriátrica y cuyo grado de evidencia se resume en la Tabla 1.3 (*Baztán et al 2000a; Rodríguez-Mañas et al 2001; Boult et al 2009; Stuck et al 2011)*.

Estas abrumadoras pruebas acumuladas sobre la eficacia y eficiencia de la valoración e intervención geriátrica especializada sobre ancianos hospitalizados han sido refrendadas en una reciente revisión Cochrane publicada también en British Medical Journal (BMJ):

- "Todo anciano frágil ingresado desde urgencias en un hospital debería tener acceso a una cama especializada en Geriatría" (Ellis 2011b) y
- "El beneficio de la VGI es suficiente para justificar la reorganización de los servicios donde sea posible. Esta reorganización no parece dar lugar a mayores costos para los hospitales y desde un punto de vista social parece dar lugar a una reducción de los costes potenciales. Parece ser necesario que las instituciones de asistencia sanitaria justifiquen su provisión de camas geriátricas adecuadas tanto en el ámbito de la atención de casos agudos como de rehabilitación" (Ellis 2011a)

Estas afirmaciones han sido corroboradas por un editorial del propio BMJ *(Stuck et al 2011).*

Tabla 1.3 Nivel de evidencia de las diferentes intervenciones geriátricas especializadas y grado de recomendación para su implantación

Nivel de Intervención	Tipos de Estudios	Autonomía Funcional	Reducción Institucionalización	Supervivencia	Reducción Estancia/ Costes	Grado de Recomendación
Valoración Preventiva Ambulatoria	**4 MA**	**+**	**+**	**+**	**?**	**IIA**
INTRAHOSPITALARIA:						
- **Unidad Geriátrica de Agudos**	**2MA; ECA**	**+**	**+**	**+/=**	**+**	**I**
- **Equipo Consultor**	**2MA**	**=**	**=**	**=**	**=**	**III**
- **Unidades Ortogeriatría Agudos**	**2MA**	**+**	**+**	**+**	**+**	**I**
- **U. Recuperación Funcional**	**3MA**	**+**	**+**	**+/=**	**=**	**I**
AMBULATORIO:						
- **Hospital de Día**	**1MA**	**+**	**+/=**	**=**	**=/-**	**IIA**
- **Atención Geriátrica Domiciliaria:**						
• ***Seguimiento Precoz Postalta***	**1MA,3 ECA**	**=**	**+**	**=**	**+**	**IIA**
• ***Rehabilitación Domiciliaria***	**1 MA**	**+**	**+/=**	**=**	**+/=**	**IIA**
• ***Hospitalización Domiciliaria***	**1MA;5 ECA**	**=**	**=**	**=**	**+/?**	**IIB**
• ***Cuidados de Soporte Domiciliario***	**2MA**	**=**	**+**	**=**	**+/=**	**IIA**

MA: meta-análisis; ECA: Ensayo clínico aleatorizado

Grados de recomendación

Clase I: Evidencia y/o acuerdo general de que un determinado procedimiento diagnóstico/tratamiento es beneficioso, útil y efectivo

Clase II: Evidencia conflictiva y/o divergencia de opinión acerca de la utilidad/eficacia del tratamiento

- Clase IIa: El peso de la evidencia/opinión está a favor de la utilidad/eficacia

- Clase IIb: La utilidad/eficacia está menos establecida por la evidencia/opinión

Clase III: Evidencia o acuerdo general de que el tratamiento no es útil/efectivo

\+ Efecto positivo

\- Negativo

= sin cambios

no valorado

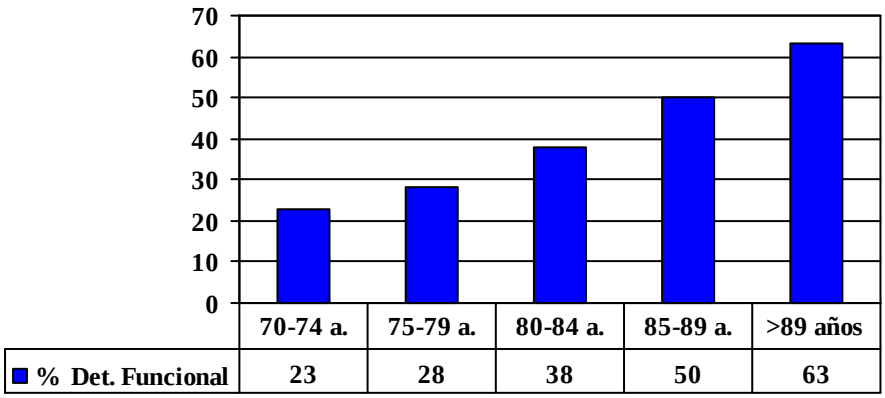
5.1. Cuidados Agudos Hospitalarios

5.1.1. Unidades Geriátricas de Agudos (UGA)

Son unidades hospitalarias con adaptaciones estructurales para favorecer la movilidad y orientación, atendidas por un equipo multidisciplinar especializado en Geriatría, y dirigidas a la atención del paciente geriátrico con patología médica aguda así como reagudización de enfermedades crónicas. Sus objetivos son restaurar el grado de salud previa, mediante el tratamiento del proceso que condiciona la hospitalización, y la prevención y manejo de complicaciones derivadas tanto de la enfermedad aguda como de la hospitalización, especialmente el deterioro funcional.

La incidencia de deterioro funcional al alta es exponencialmente creciente con la edad al ingreso y sus consecuencias en relación con el incremento de dependencia, institucionalización y mortalidad han sido ya comentadas (*Covinsky et al 2003; Alarcón et al 2008; Boyd et al 2008*).

Figura 1.1 Incidencia de deterioro funcional al alta hospitalaria en función de la edad



En 2007, la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología estableció como estándares de calidad para las UGA, una estancia entre 8 y 13 días, una tasa de institucionalización al alta menor del 12% y una mortalidad menor del 14% (*Serra Rexach et al 2007*).

Desde que en el pionero trabajo de Landefeld et al se objetivaran los beneficios de las UGA en un ensayo clínico publicado en 1995 en New England Journal of Medicine, se han publicado otros trabajos. Un reciente metanálisis realizado por autores españoles y publicado en British Medical Journal en 2009 recopiló estos estudios y concluyó que, en comparación con las unidades hospitalarias convencionales, las unidades geriátricas de agudos reducían significativamente la incidencia de deterioro funcional al alta en un 13% y aumentaban la proporción de pacientes regresaban a sus domicilios en un 25%, con una reducción de la estancia media y de los costes directos de la hospitalización del 10% (*Baztán et al 2009 y 2011a*). Estos resultados también han sido reproducidos en estudios realizados en Madrid (*Vidán et al 2008; González-Montalvo et al 2009*).

Otro tipo de intervenciones, como los Equipos Consultores, aunque de indudable valor para extender la filosofía de los cuidados geriátricos en el entorno hospitalario, no demostraron beneficio de la intervención principalmente por la falta de responsabilidad directa en el cumplimiento de recomendaciones establecidas y la ausencia de un entorno específico en el que llevarlas a cabo (*Reuben et al 1995; Ellis et al 2011*).

5.1.2. Unidades Ortogeriátricas en fase aguda

Son Unidades que atienden a pacientes mayores que ingresan por patología ortopédica aguda (habitualmente fractura de cadera) y cuya responsabilidad asistencial es compartida por Traumatología y Geriatría. La Comunidad de Madrid es pionera en España y referente en el ámbito internacional en el desarrollo de estas unidades, a través de las experiencias de los Servicios de Geriatría del H. Clínico San Carlos, H.U. La Paz y H.G.U. Gregorio Marañón (*Cruz-Jentoft et al 1994; González-Montalvo et al 2001 y 2010; Vidán et al 2005 y 2011*).

Estas unidades son un ejemplo claro no solo de la eficacia y eficiencia en la intervención geriátrica especializada, sino también de la capacidad de colaboración e integración con otros servicios en la asistencia para pacientes ancianos con elevado riesgo de incapacidad. Además de reducir el riesgo deterioro funcional e incluso de muerte al alta hospitalaria, consiguen una reducción de hasta un 30% de la estancia con una reducción del coste por proceso entre 1200 y 1600 euros, beneficios que son mayores a mayor integración de los servicios e intensidad de la intervención geriátrica (*González-Montalvo et al 2010 y 2011*).

5.2. Cuidados Subagudos

5.2.1. Unidades Geriátricas Hospitalarias de Media Estancia

Convalecencia y Recuperación Funcional

Bajo el término de cuidados subagudos, postagudos o intermedios se describen en la literatura geriátrica diversas unidades de ubicación hospitalaria, y con objetivos prioritariamente rehabilitadores o de convalecencia de pacientes médicamente complejos. Frecuentemente podemos encontrarlas bajo el nombre de "Unidades de Valoración y Cuidados Geriátricos" ("GEMU-Geriatric Assessment and Management Units"). En España estas unidades han recibido el nombre de Unidades de Media Estancia (UME), Convalecencia o Recuperación Funcional.

Son el nivel asistencial geriátrico destinado a restablecer aquellas funciones, actividades o secuelas, alterados como resultado de diferentes procesos previos. Su objetivo es atender a pacientes que presentan un deterioro funcional reciente, potencialmente reversible, y que una vez sobrepasada la fase aguda de su enfermedad todavía requieren cuidados médicos, de enfermería y sobre todo rehabilitadores que no pueden llevarse a cabo en su domicilio.

Sin embargo, en la práctica en España se pueden distinguir entre las Unidades de Media Estancia (UME) o Recuperación Funcional Geriátrica en las que más del 90% de los pacientes ingresan con este objetivo, y las Unidades de Convalecencia donde hasta un 40% de pacientes ingresan por requerir cuidados médicos y de enfermería complejos durante la fase subaguda de su enfermedad (*Baztán et al 2000*).

En las Unidades enfocadas a la recuperación funcional la patología más frecuente que presentan los pacientes son ictus, fractura de cadera o inmovilismo multifactorial en pacientes frágiles, principalmente derivado de hospitalización por otras patologías agudas. Por este motivo, en la literatura podemos encontrar estudios y metanálisis dirigidos a la evaluación de la eficacia y eficiencia de unidades multidisciplinares de rehabilitación geriátrica, que atienden pacientes con diversas patologías, y otros sobre unidades monográficas para pacientes con patología ortopédica o ictus (*Bachman et al 2010; SUTC 2008; Handoll et al 2009*). Las características que definen a las UME más eficaces y eficientes son:

- La utilización de la Valoración Geriátrica Integral como método de trabajo.

- La gestión del trabajo mediante un equipo multidisciplinar que establece planes terapéuticos conjuntos en reuniones periódicas al menos 1 vez a la semana.

- Elaboración de protocolos para prevención, manejo y monitorización de problemas más prevalentes (incontinencia, caídas, infecciones, depresión, ulceras por presión).
- Planificación de los cuidados al alta y seguimiento tras la misma.
- Selección adecuada de pacientes. Los pacientes deben presentar un deterioro funcional moderado-severo potencialmente recuperable y encontrarse clínicamente estables del proceso médico o quirúrgico que ocasionó la incapacidad.

Los estándares que se han establecido para definir una asistencia de calidad en UME contemplan una estancia media que oscile entre 18 y 35 días, con una ganancia funcional superior en 20 puntos de Índice de Barthel con una eficiencia (ganancia funcional/estancia) mayor de 1, un porcentaje de nueva institucionalización al alta menor del 20%, una mortalidad menor del 7% y un porcentaje de derivación a unidades de agudos menor del 10% (*Baztán et al 2000b; Serra-Rexach et al 2007*).

Su eficacia y eficiencia es una de las más estudiadas en la literatura geriátrica, desde los primeros ensayos clínicos publicados en New England Journal of Medicine por Rubenstein et al en 1984 y Applegate et al en 1990 que objetivaban importantes reducciones en la incidencia de deterioro funcional y mortalidad. Posteriormente se han realizado varios metanálisis con inclusión progresiva de estudios, el último de los cuales fue llevado a cabo por Bachmann et al en 2010. Esta revisión combinó la eficacia de la rehabilitación geriátrica multidisciplinar hospitalaria en unidades para pacientes geriátricos con patología ortopédica o con patologías múltiples y objetivó que los pacientes tratados en UME generales con patologías múltiples aumentaban al alta su probabilidad de recuperación funcional un 34 % y disminuían su riesgo de institucionalización en un 47% frente a los que seguían tratamiento convencional. Resultados similares se han obtenido para unidades geriátricas específicas de ictus (SUTC 2008), siendo en las unidades ortogeriátricas los datos de eficacia y eficiencia mayores cuando combinan el tratamiento multidisciplinar y rehabilitador desde la fase aguda que cuando lo inician solo en la fase subaguda de la fractura de cadera (*Bachman et al 2010; Handoll et al 2009*).

Con respecto a la evidencia disponible sobre la reducción de costes globales al año de atención en UME, existen estudios que encuentran reducción del gasto global, mientras que otros estudios muestran una elevación del mismo que desaparece si se ajusta por años de vida sobrevividos o días vividos sin institucionalización (*Bachman et al 2010*).

Finalmente, en cuanto a la ubicación de estas unidades, la literatura refiere que cuando los pacientes con ictus reciben tratamiento en unidades hospitalarias obtienen un mayor beneficio funcional que cuando son tratados en centros socio-sanitarios o residenciales. Por el contrario, en la fase subaguda de recuperación de pacientes con fractura de cadera la mejoría puede ser similar, aunque ésta se alcanza en un tiempo sensiblemente menor en unidades hospitalarias (un 35% menos de días de ingreso para poder volver a su domicilio) (*Kramer et al 1997*).

5.2.2. Hospital de Día Geriátrico

El Hospital de Día Geriátrico (HDG) se define como un centro diurno interdisciplinario, integrado en un hospital, al que acude el anciano frágil o el paciente geriátrico, habitualmente con incapacidad física, para recibir tratamiento integral y/o valoración geriátrica y regresar posteriormente a su domicilio. Basándose en estas características los objetivos de HDG son (*Hornillos et al 2000*):

1.- Tratamiento y rehabilitación activa, con el fin de que el paciente mantenga una autonomía mínima. Los HDG más eficientes son aquellos en que los pacientes tienen una media de asistencias entre 10 y 20 (que corresponde a un "Índice de Pacientes Nuevos Corregido" = [(Nº de pacientes nuevos x 10) / nº de asistencias totales] entre 0,5 y 1.

2.- Cuidados médicos y de enfermería. El HDG puede ser un lugar adecuado para el control de tratamientos complejos, realización de técnicas, curas de úlceras complicadas, etc. Todo ello con los medios adecuados y sin que el paciente tenga que ingresar.

3.- Valoración geriátrica integral de ancianos frágiles.

4.- Intervención rápida y tratamiento precoz, con el objetivo de prevenir un ingreso hospitalario.

En 2008 Forster et al actualizaron una revisión sistemática donde se incluyeron 13 estudios con un total de 3007 pacientes. El objetivo de esta revisión era medir la efectividad de la asistencia a un HDG sobre la prevención de muertes, incapacidad, institucionalización y mejoría de la sensación subjetiva de salud. De los estudios incluidos en esta revisión 5 comparaban la atención en un HDG con otras intervenciones geriátricas multidisciplinares, 5 la compararon con rehabilitación domiciliaria y 3 con cuidados del anciano fuera del contexto de una valoración integral (cuidados convencionales). No encontraron diferencias significativas entre la atención en un HDG con las dos primeras opciones, pero al comparar los pacientes que acuden a un HDG con los que eran atendidos sin una valoración geriátrica integral se objetivó un menor deterioro en las actividades de la vida diaria (OR 0.60; 95% CI 0,38 a 0,97; P <0,05). Adicionalmente se evidenció una tendencia a la reducción en el número de días de uso de camas hospitalarias y necesidad de cuidados en los pacientes que acudían a HDG.

5.3. Asistencia Geriátrica Domiciliaria

La atención geriátrica domiciliaria (AGD) incluye una serie de programas con diversos objetivos asistenciales, que van desde visitas de carácter preventivo, hasta cuidados en el final de la vida, pasando por cuidados posteriores al alta. De ahí que esta diversidad de opciones queden reflejadas en la definición de atención domiciliaria dada por OMS: “la provisión de servicios de salud por parte de cuidadores formales o informales, en el hogar, con el fin de promover, restablecer o mantener el máximo grado de confort, funcionalidad y salud, incluyendo cuidados tendentes a dignificar la muerte. Los servicios domiciliarios pueden ser clasificados por categorías en promoción, prevención, terapéuticos, rehabilitación, cuidados crónicos y paliativos.”

Dado que la gran mayoría de este tipo de cuidados recae básicamente en los Equipos de Atención Primaria, aquí solo reseñaremos aquellos programas de intervención geriátrica que refuerzan y apoyan de manera eficaz y eficiente la asistencia del primer nivel de Atención.

5.3.1. Hospitalización Domiciliaria

Se define como: “un servicio que proporciona tratamiento activo por parte de los profesionales de la asistencia sanitaria, en el hogar del paciente, para una enfermedad que de otro modo requeriría la atención del paciente en un hospital de agudos, siempre durante un periodo limitado”. Las patologías que pueden entrar dentro de este nivel de atención son muy diversas e incluyen desde agudizaciones de procesos crónicos hasta algunos postoperatorios. En 2009 Shepperd et al. actualizaron su meta-análisis de la Cochrane, en el que evaluaba el esquema más habitual de los equipos de hospitalización domiciliaria que es no tanto la sustitución de la atención hospitalaria inicial sino más bien “la hospitalización domiciliaria para el alta temprana”.

5.3.2. Cuidados tras el Alta Hospitalaria

Sirve como medida de enlace del alta hospitalaria, para facilitar la readaptación al domicilio y prevenir reingresos hospitalarios. Su estrategia se basa en asegurar el cumplimento terapéutico y el abordaje clínico de problemas concomitantes, mediante visitas tempranas al alta y seguimiento durante 1 - 3 meses, con controles semanales, quincenales o a demanda. Principalmente evaluada en pacientes con insuficiencia cardiaca, en pacientes geriátricos también ha objetivado reducción de reingresos y costes globales (*Boult et al 2009*).

5.3.3. Cuidados de pacientes crónicos y cuidados paliativos

Este tipo de atención tiene como objetivo el mejorar la calidad de vida de pacientes con deterioro funcional y/o mental graves, como consecuencia de enfermedades crónicas en estadio avanzado o en situación terminal de procesos neoplásicos. Sirve además como soporte a las familias hasta el fallecimiento de los pacientes.

En Madrid, los Equipos de Soporte y Atención Domiciliaria (ESAD) fueron desarrollados por el INSALUD a partir de 1998 en todas las áreas sanitarias como equipos basados en Atención Primaria que sirvieran de refuerzo para la asistencia de pacientes clínicamente complejos en su domicilio. De manera similar, a principios del año 2000 también se desarrollaron Equipos de Cuidados Paliativos de Base Hospitalaria.

El antecedente de estos equipos de atención domiciliaria especializados se encuentra en los “Equipos de Asistencia Geriátrica Domiciliaria” los cuales, a diferencia de los anteriores tienen su base en un Servicio de Geriatría hospitalario. Esto les confiere la ventaja de, además de ofrecer una valoración especializada de los pacientes en su domicilio, un mayor acceso y coordinación en el acceso a recursos hospitalarios cuando son necesarios. En Madrid están bien consolidadas experiencias como las desarrolladas en el H. Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela, Hospital Clínico San Carlos y Hospital Universitario de Getafe con más de 20 años de historia, que han ido evolucionando para proporcionar cuidados hospitalarios especializados en domicilio, a petición de los equipos de Atención Primaria. Estos equipos combinan junto a las 3 funciones anteriormente citadas (hospitalización domiciliaria, seguimiento precoz postalta y cuidados de soporte y paliativos) la labor de consultor especializado de Atención Primaria, que desarrolla su labor en el domicilio del paciente y en reuniones periódicas en los centros de salud, siendo altamente valorados por este primer escalón asistencial (*González-Montalvo et al 1990; Serra et al 1992; Pérez del Molino et al 1994; Baztán et 2000c*).

6.- OTRAS ÁREAS DE INTERVENCIÓN PREFERENTE

6.1. El Anciano en Urgencias

Como en el resto de niveles sanitarios, el porcentaje de personas mayores que hacen uso del servicio de urgencias crece progresivamente. Dado que las personas mayores en Madrid utilizan los servicios de urgencias de manera más dirigida, con mayor justificación y gravedad que la población más joven y que por tanto requieren también ingreso de manera más frecuente (*Rodríguez-Artalejo et al 1989; González-Montalvo et al 1994*), es necesario adaptar la atención de estos servicios a las características de esta población. Aunque el tema se desarrollará más detalladamente en otro apartado del Plan, baste reseñar que un reciente estudio multicéntrico llevado a cabo en 4 servicios de urgencias de grandes hospitales de Madrid objetivó que los médicos que atendían a población mayor aunque reconocían tomar decisiones relevantes basados en la situación funcional y mental más que en la edad, sin embargo fallaban de manera importante en reconocer el estado funcional y mental real de estos pacientes (*Rodríguez-Molinero et al 2006, 2010a y 2010b*).

6.2. Coordinación entre Atención Hospitalaria y Residencias

Para mejorar la adecuación de la hospitalización de los pacientes ancianos que viven en una residencia, se pueden elegir tres caminos: uno, mejorar las prestaciones de la institución; otro, optimizar los ingresos hospitalarios; un tercero sería restringir los criterios de hospitalización (*Ruipérez 2011*). Dado que el primer camino depende principalmente de los responsables de la atención en las residencias y tiene el grave riesgo de deterioro de la calidad asistencial inherente al manejo de escaso volumen de pacientes con cada patología concreta (*Ross et al 2010)* y que el tercer camino sería un claro ejemplo de inequidad y discriminación a priori, parece que el camino a explorar en este Plan Estratégico sería optimizar los ingresos hospitalarios. Para ello podrían plantearse varias estrategias no excluyentes entre si:

- Extender la labor consultora de los Equipos de Asistencia Geriátrica Domiciliaria no solo a los Centros de Salud sino también a las Residencias de su ámbito geográfico de influencia.
- Establecer estrategias de valoración geriátrica integral en la urgencia para la evaluación de pacientes subsidiarios de ingreso. Entre las experiencias comunicadas y eficaces para reducir el número de ingresos hospitalarios, la posibilidad de llevar a cabo esta valoración en Unidades anexas a la Urgencia, de Corta Estancia o de Observación podría ser la opción más racional (Pareja et al 2009, Alonso et al 2010).

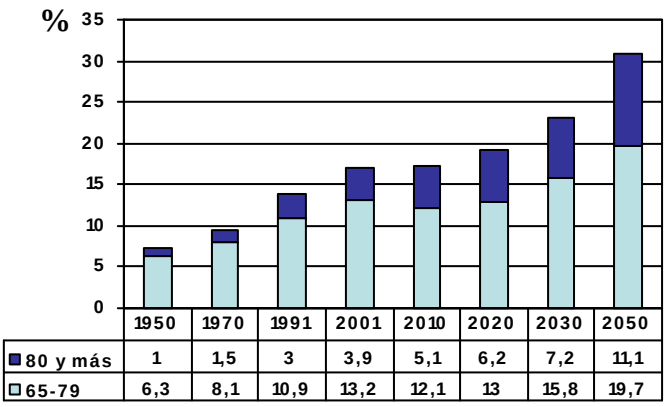
- Desarrollar Unidades Geriátricas Hospitalarias de Agudos para la atención específica de pacientes institucionalizados es otra opción que podría reducir la estancia hospitalaria de estos pacientes y sus reingresos (Barrick et al 1999).

7.- DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA POBLACIÓN MAYOR DE LA COMUNIDAD DE MADRID

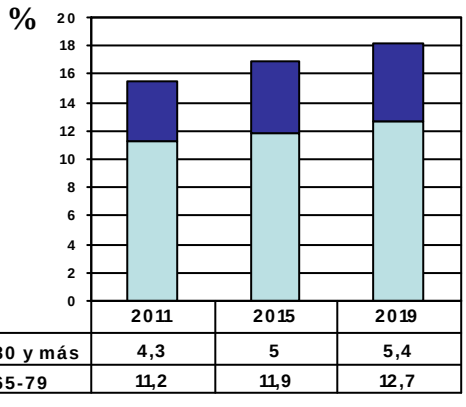
7.1. Tasa de Envejecimiento

Según los datos del Padrón a 1 de enero de 2010 (www.ine.es) la tasa de envejecimiento de España es un 17,2 % (un 5,1% mayores de 79 años) y en la Comunidad de Madrid es un 15,03 % (un 4,4% mayores de 79 años). El porcentaje de mujeres se incrementa con la edad: De un 58,9% de todos los mayores de 65 años, al 71,3% de los mayores de 85 años.

Figura 1.2
Proyecciones de envejecimiento poblacional en España a largo plazo (1950-2050) y en la Comunidad de Madrid a corto plazo (2011-2019)



	1950	1970	1991	2001	2010	2020	2030	2050
80 y más	1	1,5	3	3,9	5,1	6,2	7,2	11,1
65-79	6,3	8,1	10,9	13,2	12,1	13	15,8	19,7



	2011	2015	2019
80 y más	4,3	5	5,4
65-79	11,2	11,9	12,7

Como se puede ver en la figura 1.2 no es que solo vaya a aumentar el porcentaje de ancianos en nuestra sociedad, si no que cada vez los ancianos van a tener más edad.

7.2. Esperanza de Vida

La esperanza de vida continúa creciendo, siendo en Madrid en torno a 1 año mayor que la media española, tanto para hombres como para mujeres. Es destacable también la progresiva compresión de la morbilidad objetivada al comparar las sucesivas encuestas de discapacidad de 1989, 1999 y 2008. Sin embargo, paradójicamente, aunque las tasas de discapacidad vayan disminuyendo progresivamente a todas las edades, al envejecer la población, las cifras absolutas de discapacidad tienden a crecer. Así, es destacable que a los 80 años, la esperanza de vida para varones es de 8 años y para las mujeres de 10 años, de los cuales los varones esperarán vivir libres de discapacidad, algo más de la mitad de los mismos y las mujeres algo menos de la mitad.

Tabla 1.4 Esperanza de vida por sexo a distintas edades, entre 1991 y 2007

	1991		2001		2007	
AÑOS	**Varones**	**Mujeres**	**Varones**	**Mujeres**	**Varones**	**Mujeres**
0	73,50	80,67	76,30	83,07	77,77	84,11
15	59,38	66,43	61,82	68,53	63,21	69,51
40	36,38	42,15	38,05	44,05	39,11	44,91
65	15,60	19,25	18,85	20,85	17,68	21,65
75	9,35	11,38	10,21	12,66	10,75	13,24
85	5,02	5,72	5,45	6,40	5,74	6,66
95	2,77	2,94	3,08	3,14	3,07	3,12

Fuente: Tablas de Mortalidad del INE

Tabla 1.5 Esperanza de vida en la Comunidad de Madrid

	EV España			EV Madrid		
AÑOS	**Total**	**Varones**	**Mujeres**	**Total**	**Varones**	**Mujeres**
0	80,94	77,77	84,11	82,20	78,95	85,14
15	66,37	63,21	69,51	67,57	64,35	70,46
45	37,34	34,49	40,10	38,43	35,51	40,98
65	19,80	17,68	21,65	20,64	18,34	22,48
75	12,17	10,75	13,24	12,76	11,10	13,91
80	8,94	7,93	9,61	9,42	8,17	10,15

Fuente: Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia 2008. www.ine.es

Tabla 1.6 Esperanza de Vida libre de discapacidad en la Comunidad de Madrid

	EV Libre Enf. Crónica			EV libre de Discapacidad			EV libre Discap. Severa		
Años	**Total**	**Varones**	**Mujeres**	**Total**	**Varones**	**Mujeres**	**Total**	**Varones**	**Mujeres**
0	29,78	33,03	26,52	73,87	72,31	75,35	76,94	75,11	78,68
15	18,74	22,38	15,06	59,58	58,13	60,94	62,42	60,66	64,08
45	5,24	6,48	4,08	31,01	29,95	31,96	33,53	32,08	34,83
65	1,63	2,10	1,18	14,13	13,45	14,70	16,23	15,24	17,06
75	0,64	0,83	0,43	7,21	6,83	7,47	8,92	8,40	9,30
80	0,54	0,68	0,38	4,43	4,40	4,43	5,92	5,79	6,00

Fuente: Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia 2008. www.ine.es

7.3. Tasas y Causas de Mortalidad en Población Mayor de la Comunidad de Madrid

Figura 1.3 Tasas de Mortalidad / 1000 habitantes, distribuidas por edad y sexo (www.ine.es)

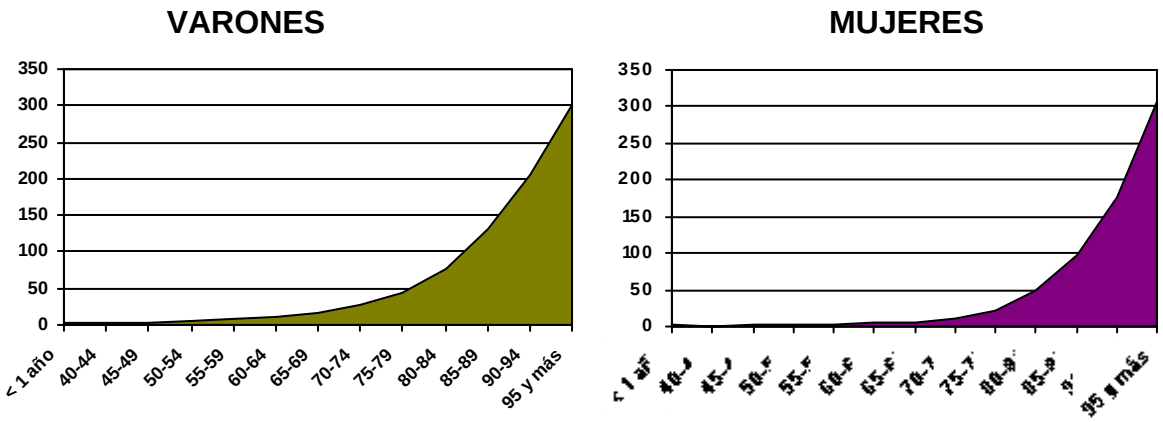
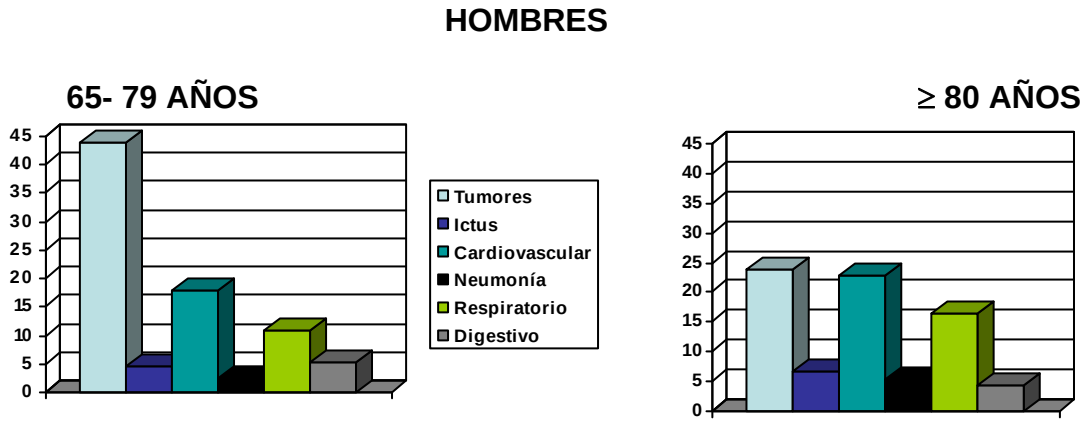
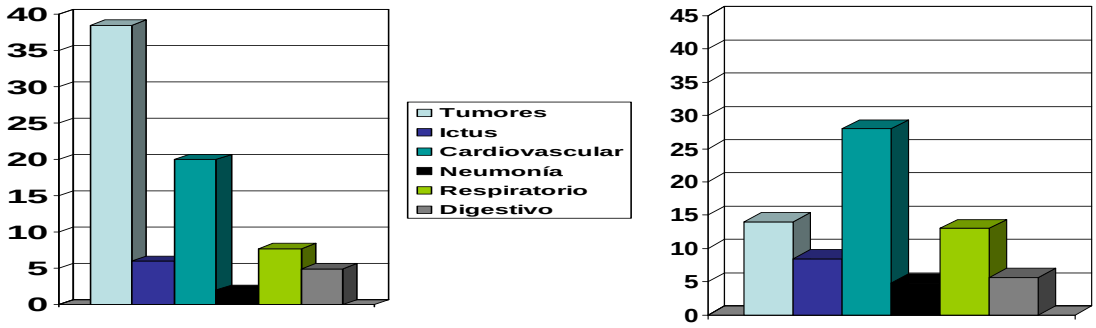


Figura 1.4 Causas de muerte (porcentajes) en población mayor de la Comunidad de Madrid, distribuída por edad y sexo



MUJERES

65- 79 AÑOS **≥ 80 AÑOS**



La distribución de las causas de muerte varía drásticamente con la edad, siendo las neoplasias la principal causa en los ancianos más jóvenes (40%), pasando a ser la patología cardiovascular la causa más frecuente muerte a partir de los 80 años, especialmente en mujeres

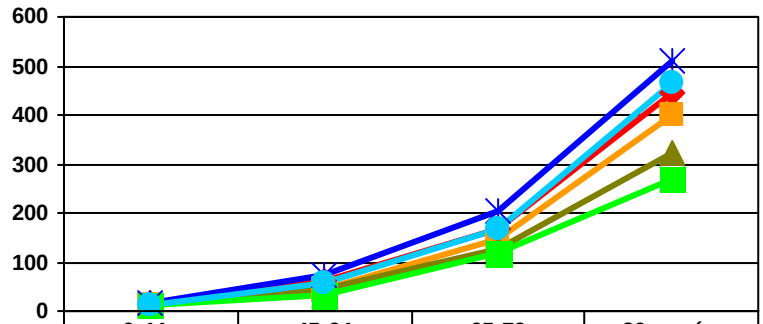
7.4. Tasas y Causas de Discapacidad en población mayor de La CM

(Encuesta de Discapacidad 2008. www.ine.es).

En relación con la media española, la tasa de discapacidad global y por sexos es alrededor de un 5% inferior en términos absolutos

Figura 1.5 Tasas de discapacidad para actividades básicas de la vida diaria

Tasa / 1.000



	6-44a	45-64	65-79	80 y más
España T	15,73	60,15	168,74	443,41
Madrid T	12,05	46,2	145,8	401,27
Esp Varon	16,33	46,45	124,72	322,68
Madr Varon	11,4	33,07	117,58	269,91
Esp Muj	15,09	73,44	205	511,85
Mad Mujer	12,73	58,03	167,99	467,27

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)': Lavarse, Cuidados de las partes del cuerpo, Higiene personal relacionada con la micción, Higiene personal relacionada con la defecación, Vestirse y desvestirse, Comer y beber, Cuidado de la propia salud: cumplir las prescripciones médicas, y evitar situaciones de peligro, Adquisición de bienes y servicios, Preparar comidas, Realizar las tareas del hogar, Cambiar las posturas corporales básicas, Mantener la posición del cuerpo, Desplazarse dentro del hogar, Desplazarse fuera del hogar, Uso intencionado de los sentidos (mirar, escuchar), Realizar tareas sencillas.

En cifras globales el número de personas mayores en la Comunidad de Madrid con alguna discapacidad para las ABVD (tal y como vienen definidas más arriba), según la población de 2008 sería:

	De 65 a 79 años			**De 80 y más años**		
	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Cifras absolutas	96.500	34.300	62.200	91.500	20.600	70.900

Si nos referimos solamente a la discapacidad en personas mayores de la Comunidad de Madrid derivada de la dificultad para la movilidad, las cifras absolutas y tasas por mil derivadas de la Encuesta de Discapacidad de 2008 son las siguientes:

	De 65 a 79 años			**De 80 y más años**		
	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Tasa / 1000	130,79	96,18	158,01	362,32	222,58	432,53
Cifras absolutas	86.600	28.000	58.500	82.600	17.000	65.600

Figura 1.6 Porcentaje de personas mayores con discapacidad según su grupo de deficiencia, distribuída por tramos de edad (Datos de la Comunidad de Madrid)

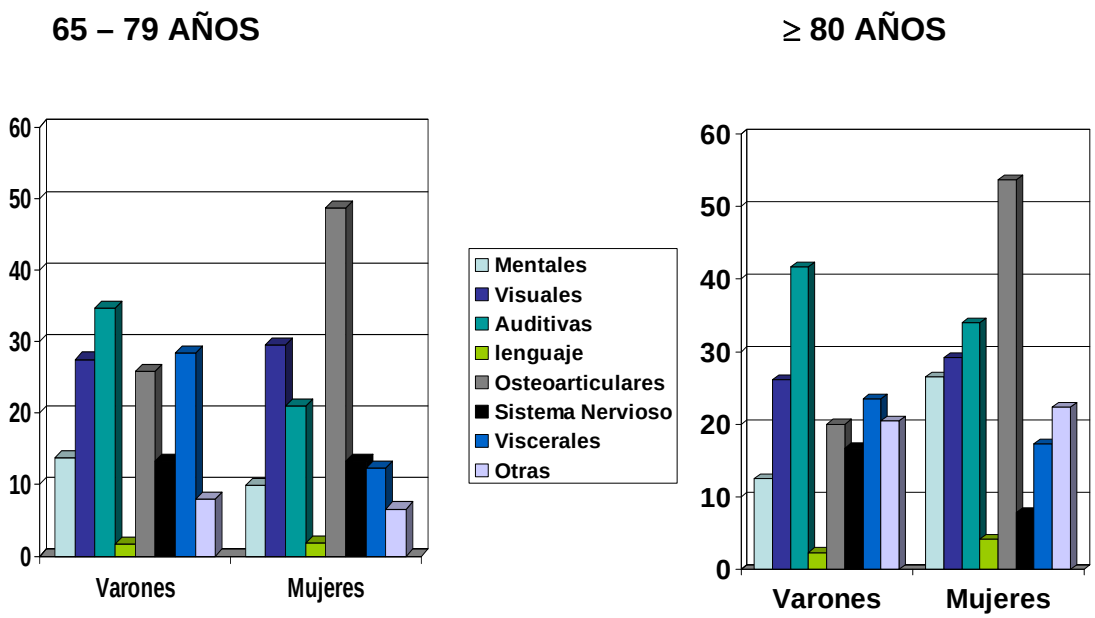
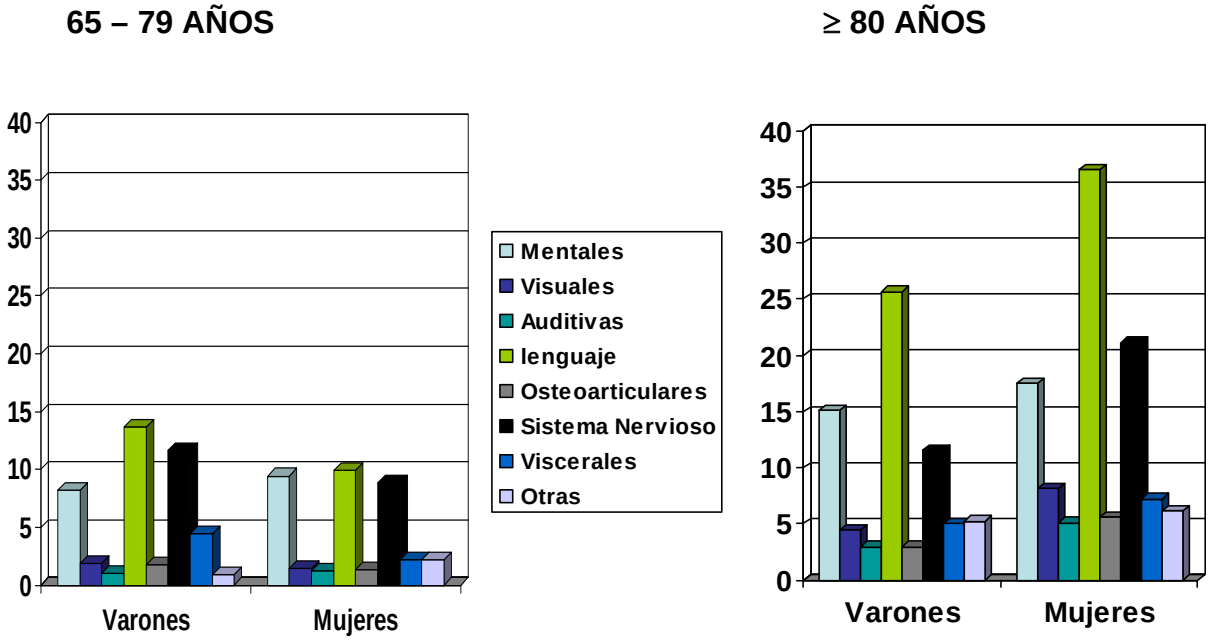


Figura 1.7 Porcentaje de personas mayores con discapacidad según grupo de deficiencia que están en cama de forma permanente, distribuida por tramos de edad



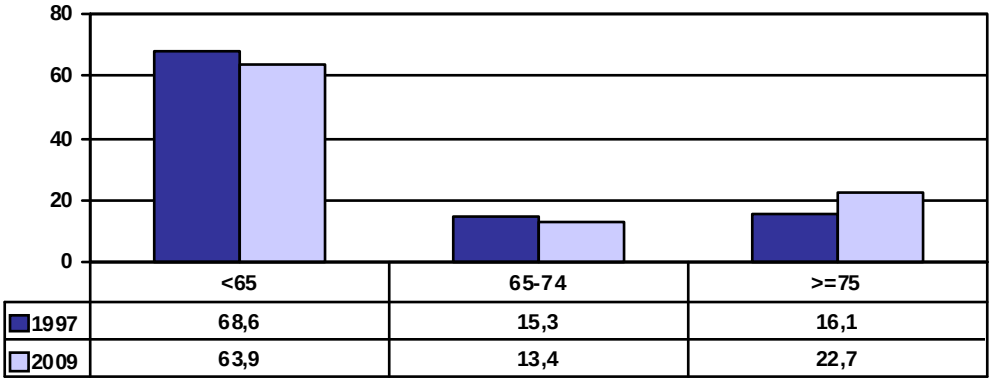
8.- DATOS ASISTENCIALES SOBRE POBLACIÓN MAYOR DE LA COMUNIDAD DE MADRID

8.1. Datos de Actividad Hospitalaria

8.1.1. Encuesta de morbilidad hospitalaria 2009 (www.ine.es)

Al igual que el resto de España en que se aprecia un incremento en el porcentaje de ingresos hospitalarios de personas mayores (24,8% en 1990 y 39,2% en 2009), en la Comunidad de Madrid también se ha producido este incremento, aunque no tan apreciable, y a expensas especialmente de personas de 75 y más años (figura 1.8)

Figura 1.8 Distribución porcentual de altas hospitalarias en la Comunidad de Madrid por grupos de edad



	<65	65-74	>=75
1997	68,6	15,3	16,1
2009	63,9	13,4	22,7

La estancia media, aunque ligeramente menor en Madrid que la media española, crece con la edad superando los 9,5 días en mayores de 75 años y estando alrededor de los 10 días en los mayores de 85 años (Figura 1.9 y 1.10):

Figura 1.9 Estancia media por edad en España (Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 2009; www.ine.es). Media: 6,90 días (varones-7,48; mujeres-6,41)

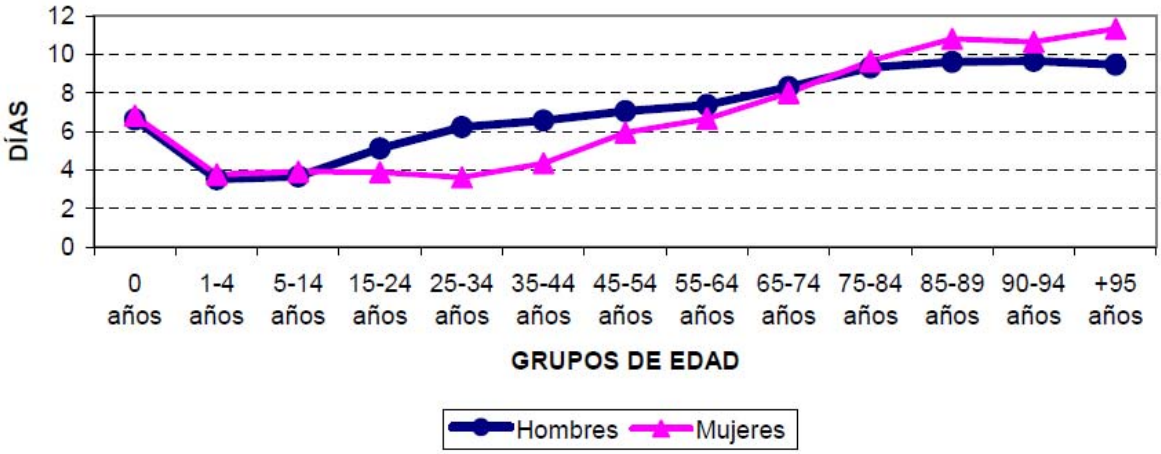
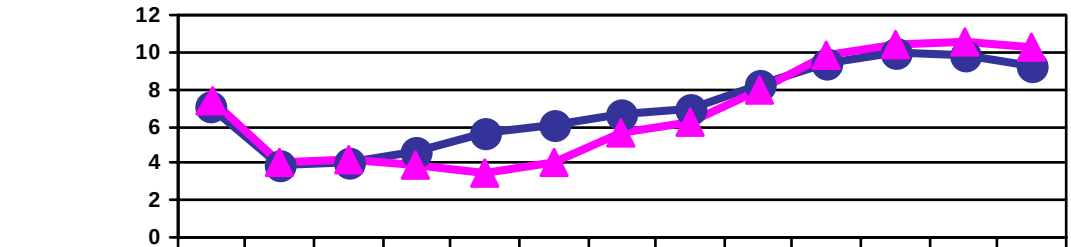


Figura 1.10 Estancia Media por Edad en MADRID (Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 2009; www.ine.es). Media: 6,68 días (varones-7,03; mujeres-6,23)



	<1 año	1-4a	5-14a	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85-89	89-94	>=95
Hombres	7,03	3,92	3,99	4,62	5,65	6,07	6,71	7,02	8,24	9,44	9,99	9,84	9,32
Mujeres	7,43	4,12	4,15	3,92	3,5	4,11	5,63	6,26	7,97	9,88	10,44	10,63	10,28

8.1.2. Datos CMBD-SIAE

Los datos procedentes del CMBD son difícilmente interpretables para ajustar riesgos y poblaciones en mayores de 75 años por dos motivos:

1.- El primero es de índole operativo y fácilmente subsanable: En aquellos servicios que disponen de unidades de agudos y otras de media estancia-recuperación funcional, se debiera computar como procesos independientes el ingreso en diferentes unidades aunque dependieran funcionalmente del mismo servicio.

2.- La segunda limitación es más relevante y supone la necesidad de una modificación estructural del CMBD: Es conocido que a partir de los 75 años, la situación funcional del paciente es el principal determinante y factor pronóstico de resultados de salud, incluidos los hospitalarios (mortalidad, estancia media, gasto) (Davis et al 1995; Inouye et al 1998; Alarcón et al 2008; Lee et al 2008; Baztán et al 2011b). Por ello, sería necesario complementar el CMBD no solo con la edad y el diagnóstico agrupado en GRD, sino también con la situación funcional y cognitiva previa y al ingreso mediante una escala estructurada, validada y sencilla que fuese fácilmente categorizable. El Índice de Barthel es la escala de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) más ampliamente utilizada no solo en los servicios de Geriatría, sino también en los de medicina interna, y sería un instrumento adecuado, sin descartar otros también validados y más fácilmente categorizables y rápidos de aplicar como el "Funcional Ambulation Clasification", Índice de Katz o la Escala Física de Cruz Roja. De forma añadida, la situación mental también debiera formar parte del CMBD para pacientes de 75 y más años existiendo para ello escalas categóricas, sencillas y validadas como "Global Deterioration Scale – GDS" de Reisberg o Escala Mental de Cruz Roja.

La clasificación por GRD sigue una lógica difícil de encajar en la práctica geriátrica global, básicamente por tres razones (*García Navarro 2005*):

1.- La clasificación se basa en episodios de hospitalización de corta estancia (días), lo que no los hace apropiados para su uso en pacientes que necesitan recuperación funcional o cuidados de larga duración. Además, su uso aislado sin asociarlo a otras medidas de continuidad asistencial (como reingresos en urgencias o seguimiento en consultas externas) ofrece una visión muy parcial de la carga asistencial y el manejo de los pacientes de un servicio.

2.- La clasificación tiene en cuenta la edad del paciente, el diagnóstico principal y los diagnósticos secundarios, los procedimientos que se le han aplicado y la presencia de complicaciones. En cambio, no considera otras características del paciente importantes en el consumo de recursos, como la situación funcional previa el paciente y su situación mental.

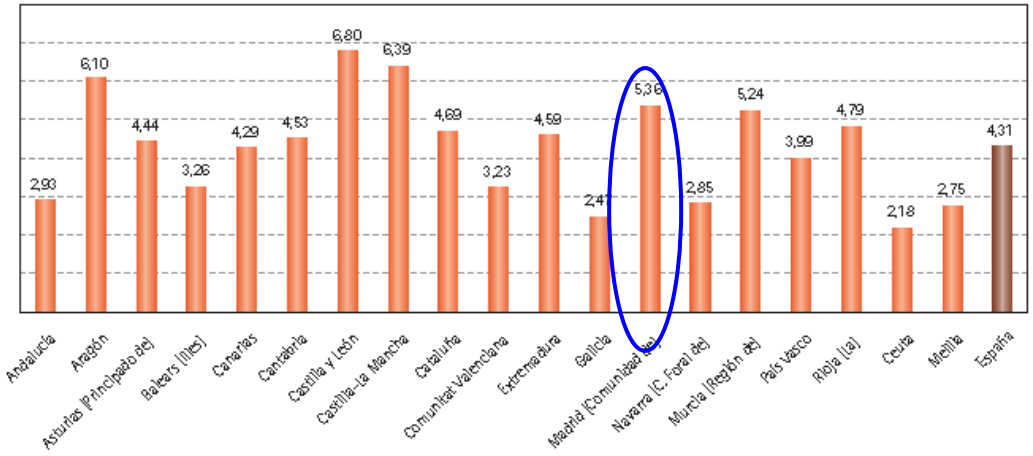
3.- El sistema de codificación de diagnósticos en los hospitales de agudos infravalora la presencia de síndromes geriátricos que exigen al clínico un mayor esfuerzo diagnóstico y de tratamiento y la movilización, en muchas ocasiones, de servicios sanitarios posthospitalarios.

8.2. Datos de Actividad Residencial

8.2.1. Recursos residenciales de la Comunidad de Madrid

Según datos del Observatorio de personas mayores del IMSERSO en su informe de 2008, el índice de cobertura de plazas residenciales en la Comunidad de Madrid era de 5,36 plazas por 100 mayores de 65 años, superior a la media española.

Figura 1.11 Plazas residenciales por 100.000 ancianos en España



8.2.2. Distribución geográfica de residencias de Madrid

Por número de plazas, la mayor concentración de residencias se encontraría en las áreas de influencia del H.U. La Paz, H.U Puerta De Hierro-Majadahonda, H.U. Fundación Alcorcón e H.U. Infanta Sofía, respectivamente.

Tabla 1.7 Distribución de plazas residenciales por zonas de influencia hospitalarias

	Res. Públicas Nº (plazas)	Res. Concertadas Nº (plazas)	Res. Privadas Nº (plazas)	Res. TOTAL Nº (plazas)
H.G.U. Gregorio Marañón	1 (80)	7 (682)	5	13
H.U. Infanta Leonor	1 (177)	5 (469)	3	9
H. del Sureste	1 (449)	8 (772)	3	12
H.U. de La Princesa	1 (51)	1 (50)	28	30
H.U. del Henares	1 (120)	4 (395)	3	8
H.U. Príncipe de Asturias	2 (686)	11 (1.140)	8	21
H.U. Ramón Cajal	1 (300)	4 (402)	22	27
H.U. La Paz	3 (1.535)	11 (1.064)	21	35
H.U. Infanta Sofía	2 (295)	19 (1.523)	18	39
H.U. Puerta de Hierro Majadahonda	1 (504)	28 (3.045)	31	60
H. El Escorial		10 (552)	26	36
H. de Guadarrama		1 (100)		1
H. Clínico San Carlos		5 (340)	9	14
H. Gómez Ulla			1	1
H. La Fuenfría			2	2
Fundación Jiménez Díaz		1 (941)	44	45
H.U. de Móstoles		4 (474)	1	5
H.U. Fundación Alcorcón	4 (782)	19 (1.487)	27	50
H.U. Severo Ochoa		7 (894)	1	8
H.U. de Fuenlabrada		3 (258)	2	5
H.U. de Getafe	1 (64)	6 (573)	1	8
H.U. Infanta Cristina	1 (67)	9 (693)	8	18
H.U. 12 de Octubre	3 (501)	9 (865)	2	15
H. Infanta Elena		10 (1.087)	4	14
H. del Tajo	1 (464)	2 (184)	2	5
TOTAL	24 (6.075)	193 (17.786)	274 (24.126)	491 (47.987)

Base de Datos Mixta. Grupo de Estudio de la Gripe: Consejería de Sanidad y Consejería de Familia y Asuntos Sociales. 2009-2010

En cuanto a la relación entre Residencias y uso de recursos hospitalarios disponemos de los siguientes datos:

- Datos de Residencias Privadas:
  - Los datos del grupo Los Nogales indican que en 2010, 1166 residentes de los 2635 atendidos fueron derivados a urgencias (44%). Datos del primer semestre de 2010 y de los primeros 5 meses de 2011 indican que el 62% de los derivados quedaron ingresados en el hospital.
  - Datos de la Residencia de Valdebernardo (Grupo AMMA) indican que del total de residentes atendidos (318) fueron derivados a urgencias 123 (39%), de los cuales fueron ingresados 96 (78% de los derivados).

9.- RECURSOS SANITARIOS DE ATENCIÓN GERIÁTRICA ESPECIALIZADA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

9.1. Calculo de Necesidades de Recursos Especializados

La utilidad de los estándares consiste en dotarnos de un elemento de comparación respecto a un modelo teóricamente definido y que representa las características promedio de una actividad. Diferentes organismos a finales del siglo XX establecieron estimaciones de necesidades “mínimas”, más basadas en criterios de expertos, sin hacer referencia explícita a la metodología llevada a cabo para establecerlos. En 2004 la Sociedad Española de Medicina Geriátrica-SEMEG publicó un informe aproximándose al cálculo de estos estándares desde una perspectiva más objetiva y, por tanto, reproducible y modificable, basada en diversos criterios (p.e.: porcentaje de pacientes mayores con riesgo de deterioro funcional, GRDs que concentran el 50% de la carga hospitalaria de cuidados) (*Baztán et al 2004*).

Tabla 1.8 Estimaciones de recursos geriátricos hospitalarios

	BGS [1]	INSALUD [2]	SEGG [3]	SEMEG [4]
Agudos (camas)	2,5/1.000 > 65 a.	0,4/1.000 > 65 a.	1,25/1.000 > 65 a.	1,5–2,6/1.000 > 75 a.
Recuperación Funcional / Media Estancia (camas)	2,5/1.000 > 65 a.	0,93/1.000 > 65 a.	1,5/1.000 > 65 a.	1,3–3/1.000 > 75 a.
Hospital de Día (plazas)	4,5/1000 > 75 a.	1,5/1000 > 65 a.		
Especialistas Geriatría			1/3000 > 65 a.	3,6/10.000 > 75 a.

[1] British Geriatrics Society, 1988.
[2] Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores, 1996.
[3] Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; "Geriatría XXI", 2000. Informe Defensor del Pueblo 2000
[4] Sociedad Española de Medicina Geriátrica 2004

De acuerdo a esta metodología y con datos poblacionales de la Comunidad de Madrid del Padrón 2010, se podría hacer la siguiente estimación de necesidades:

Tabla 1.9 Estimaciones de recursos geriátricos hospitalarios necesarios de acuerdo a datos del Padrón de 2010

	BGS	SERMAS	SEGG	SEMEG
Agudos (camas)	2.377	380	1.189	709 – 1.228
Recuperación Funcional – Estancia (camas)	2.377	884	1.426	614 – 1.418
Hospital de Día (plazas)	2.127	1.426		
Especialistas Geriatría			317	170

El Instituto de Medicina Norteamericano calculaba en 2008 que siendo el 25% de la población de 65 y más años complejos y vulnerables se requería 1 geriatra para atender a 700 de estos ancianos *(Fried 2008)*. Si aplicamos estos ratios sobre datos del Padrón de 2010 resulta la necesidad en Madrid de contar con 340 especialistas en geriatría para cubrir todas las necesidades hospitalarias y extrahospitalarias de los ancianos vulnerables.

Otra estimación de necesidades de recursos sanitarios geriátricos especializados actualizada y simplificada por edad sería la siguiente: Camas de Unidades Geriátricas de Agudos (UGA) según número de personas mayores de 80 años ingresados en unidades médicas excepto unidades específicas (aproximadamente un 60% de los ingresos) y una estancia media de 10 días y una ocupación media del 85% (fórmula de Brigdman)

$$\frac{\text{Número de altas x estancia media (10 días)}}{\text{365 días x índice de ocupación (0,85)}}$$

Si utilizamos los datos disponibles de 2009 en la página web del Ministerio de Sanidad (http://pestadistico.msc.es/PEMSC25/ArbolNodos.aspx), sobre 80.306 ingresos de pacientes de 80 ó más años:

$$\frac{48.000 \text{ x } 10 \text{ días}}{365 \text{ x } 0{,}85}$$

Resulta un total de 1550 camas para atención de patología aguda

Si acotamos el cálculo solo para pacientes con patología médica de 85 o más años (43.042 ingresos totales), el cálculo aproximado de camas sería de 835 camas de UGA en la Comunidad de Madrid.

De forma añadida, si además se plantea como objetivo de calidad en la Relación con Residencias una tasa de ingresos por debajo de 25/100 pacientes-año, sin merma en la calidad asistencial, se requerirían 375 camas Geriátricas de Agudos distribuidas en los hospitales de su ámbito geográfico o centralizadas en Hospitales de Apoyo con suficiente dotación técnica y humana para la atención de dichos pacientes.

Camas de Unidades de Media Estancia (Recuperación funcional-media estancia) en función del numero de pacientes que pueden requerir este recurso: (5% de mayores de 75 años ingresados por patología médica + 20% de mayores de 75 años ingresados por fractura de cadera (GRD 209, 210, 211 y 236) + 30% mayores de 75 años ingresados por ictus (GRD 14 y 810)

$$\frac{\text{Número de altas x estancia media (30 días)}}{\text{365 días x índice de ocupación (0,85)}}$$

Según datos del CMBD de 2009, para 74.000 ingresos por patología médica, 4517 Fracturas de cadera y 2693 ictus en pacientes de 75 y más años en la Comunidad de Madrid, **el número de camas necesarias de UME-recuperación funcional serían 525**.

$$\frac{(3.700 + 903 + 808) \text{ x } (30 \text{ días})}{365 \text{ x } (0,85)}$$

Finalmente, para atender el número de camas calculadas de Agudos y Media estancia-recuperación funcional, el número de especialistas en Geriatría (1/10 camas de agudos y 1/20 de media estancia según los “estándares de calidad de la SEGG” 2007) sería de 83+37+26=146, que podría considerarse la necesidad mínima, sin contemplar otras actividades (interconsulta hospitalaria, a atención primaria y a residencias, asistencia en urgencias, atención domiciliaria y consulta externa).

TABLA 1.10 Necesidades mínimas de recursos geriátricos hospitalarios

Nº de Camas Geriátricas de Agudos para atender a población de 85 y más años ingresada por patología médica	835 camas
Nº de Camas Geriátricas de Agudos para atender a población anciana ingresada desde residencia	375 camas
Nº camas de Unidades de Media Estancia-Recuperación Funcional	525 camas
Nº de Especialistas en Geriatría para la atención del las camas señaladas	146
Nº de Especialistas en Geriatría para cubrir las necesidades intra y extrahospitalarias de la población anciana vulnerable	340

9.2. Recursos Actuales

Los siguientes datos han sido obtenidos mediante encuesta a los responsables de cualquier dispositivo geriátrico especializado existente en la Comunidad de Madrid, a partir de datos de actividad recopilados durante 2010.

Tabla 1.11 Recursos geriátricos hospitalarios

Hospital	Geriatras	Residentes/ año	Camas Hospital	Camas Agudos	Camas UME	Plazas H. Día	AGD	Otros (Ortoger; etc.)
H.G.U. Gregorio Marañón	10	3	1673	16	(26)	-	-	UOG 14 cama
H.U. Infanta Leonor	2	-	269	-	-	-	-	IC Trauma
H. Virgen de la Torre	1	-	98	(56) [2]	25	-	-	11paliativos
H. del Sureste	2	-	125		-			
H.U. de La Princesa	-	-	550	-	-	-	-	-
H.U. Santa Cristina		-	192	-	-			
H.U. del Henares	3	-	202	18-20	-	-	-	IC Trauma
H.U. Príncipe de Asturias	5 [3]	-	601		-			
H.U. Ramón y Cajal	4	2	1146	6	-	-	-	IC Trauma
H.U. La Paz	10	3	1371 (149)	8 (18)	(12)	(8)	-	UOG-14 cam U.Memoria
H.U. Infanta Sofía	4 [3]	-	283	-	-			IC Trauma
H.U. Puerta de Hierro Majadahonda	3 [3]	-	613		-			
H. de Guadarrama	8	-	160	(15) [2]	93	17	-	22 UCC 20paliativos
H. Clínico San Carlos	11 [3]	5	596 [1]	25	26	16	Si	UOG-12 cam U.Memoria
H. La Fuenfría	7	-	230	(30) [2]	85			41 UCC 27paliativos
H. Central de la Cruz Roja S. José y Sta. Adela	12	5	190	51	28	20	SI	UOG Uni. Memoria
H.U. de Móstoles	4	-	411	-	-	-	-	IC Trauma
H. Virgen de la Poveda	9	-	200	-	80	-	-	80U.Demencia 22 paliativos
H.U. Severo Ochoa	6 [3]	-	412	14 – 16	-	-	-	Urgencias – UOG
H.U. de Fuenlabrada	1	-	406	-	-	-	-	IC Trauma
H.U. de Getafe	10	5	621	30 (+32)	-	SI	SI	IC Trauma Urgencias
H.U. Infanta Cristina	1	-	247	-	-			IC Trauma
H.U. 12 de Octubre	-	-	1368	-	-	-	-	-
H. Infanta Elena	5	-	102	16	-	-	Si	IC Trauma Paliativos
H. del Tajo		-	98		-			
Fundación I. San Jose	6	-	¿?	-	90	-	-	30 paliativos 22 UCC
Beata María Ana	0	-	¿?	-	42	-	-	20 paliativos
TOTAL	**124** [3]	**23**	**12.164**	**238 (+101)** [2]	**507**			

UOG- Unidad Ortogeriatria; IC- Interconsulta; UCC- Unidad Cuidados Continuados
[1] Sesgada por obras estructurales (en 2009 tenía 1023 camas)
[2] Catalogadas como camas de Unidades de Crónicos reagudizados

(3) Geriatras en Urgencias exclusivamente 13: Clinico-2; Pta.H.-3; Alcalá-5; Leganés-2; SSReyes-1

Como se puede apreciar en la Tabla 1.11, lo más llamativo es la distribución heterogénea según hospitales, destacando la existencia de hospitales del Grupo A sin especialistas en Geriatría (La Princesa, 12 de Octubre y Puerta de Hierro). También es matizable que en algunos hospitales donde aparece la presencia de geriatras, estos desarrollan su labor asistencial exclusivamente en urgencias.

Tabla 1.12 Actividad de las unidades geriátricas hospitalarias de patología aguda (2010)

Hospital	Camas	Estancias totales	Ocupación (%)	Ingresos	Estancia media	Edad media	Mortalidad (%)
UNIDADES GERIÁTRICAS DE AGUDOS							
H.G.U. Gregorio Marañón	16	6.367	109	871	7,31	88	12,17
H.U. del Henares	18-20	5.285	80	616	8,58	86	9
H.U. Ramón y Cajal	6	1.950	89	257	7,59	86,85	13,23
H.U. La Paz-Cantoblanco	26	8.241	87	926	8,9	86	10,5
H. Clínico San Carlos	25	7.319	80	563	13	86,4	15,8
H. Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela	51	13.205	85	1.468	9,6	86,9	11,3
H.U. Severo Ochoa	14 – 16	4.883	96	615	7,94	86,74	11
H.U. de Getafe	30 (+32)	11.737	107	1.701	6,9	85,7	11,5
SUBTOTAL	**222**	**58.987**	**91,6**	**7.017**	**8,72**	**86,4**	**11,81**
UNIDADES DE CRÓNICOS REAGUDIZADOS							
H. Virgen de la Torre	56	14.548	71	1.517	9,59	80	6,26
H. de Guadarrama	15	2.870	52	187	15.35	85,73	11,4
H. La Fuenfría	30	4.430	41	177	25,03	83,6	23,7
SUBTOTAL	**101**	**21.748**	**55**	**1.881**	**16,65**	**83,11**	**13,78**

Es destacable que los pacientes atendidos en Unidades Geriátricas de Agudos tienen una edad media de 85 años, con una estancias medias sensiblemente inferiores en general a los 10 días (que es la media registrada para mayores de 80 años en la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria), con la excepción de los hospitales catalogados de Media y Larga Estancia (Fuenfría y Guadarrama), que dado que tiene una dotación limitada de recursos, probablemente atienden un perfil diferente de paciente y quizás debieran excluirse de este cómputo.

De cualquier manera, el cómputo total de camas de UGA existente en la actualidad sería un tercio del mínimo deseable. Este déficit se centraría principalmente en Hospitales del Grupo A y B.

Tabla 1.13 Actividad de las unidades de media estancia (2010)

Hospital	Camas	Estancias totales	Ocupación (%)	Ingresos	Estancia media	Edad media	Mortalidad	Institucio-nalización (%)*
H.G.U. Gregorio Marañón-I.P.R. [1]	26	8.732	89,5	595	15,7	84,4	6,6	5,8
H. Virgen de la Torre	25	7.040	79,1	195	36,1	80,0	6,1	-
H. U. La Paz-Cantoblanco	12	3.723	80,0	134	27,8	83	1,5	28
H. Clínico San Carlos	26	7.896	83,2	470	16,8	84,6	4	-
H. de Guadarrama	93	27.557	88,2	573	46,9	77,9	1,6	11,0
H. La Fuenfría	85	23.306	78,0	362	64,4	75,9	2,8	16,9
H. Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela	28	7.320	86,0	495	14,8	81,7	0,0	10,0
H. Virgen de la Poveda	80	22.781	78,0	394	47,0	77,3	2,5	-
Fundación I. San José	90	35.089	90,8	596	58,9	78,0	2,7	11,4
Beata María Ana	42	14.389	94,0	624	23,0	68,0	0,2	-
TOTAL	**495**	**157.833**	**85**	**4.438**	**35,6**	**78,4**	**2,6**	**-**

* Institucionalización: Porcentaje de pacientes que viviendo previamente al ingreso en su domicilio, al alta pasa a residencia.

[1] GM-IPR: Gregorio Marañón – Instituto Provincial de Rehabilitación

El número de camas de media estancia cubriría el 95% del número mínimo de camas necesario, siempre y cuando estas camas estuvieran destinadas prioritariamente a la recuperación funcional de los pacientes ingresados en ellas. La estancia media tiene una amplia variabilidad que puede reflejar bien la dotación de recursos, la intensidad de la terapia rehabilitadora, así como la patología y pronóstico funcional de los pacientes ingresados.

Tabla 1.14 Actividad de las Hospitales de Día Geriátricos (2010)

Hospital	Plazas	Ingresos	Asistencias media	Edad media
H.U. La Paz-Cantoblanco	8	54	23	80
H. Clínico San Carlos	16	ND	ND	83,8
H. de Guadarrama	17	78	30	78,06
H. Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela	20	241	15,5	81,1
H.U. de Getafe	12	117	17,7	81,3
GLOBAL	**73**	**492**	**21,55**	**80,85**

ND: datos no disponibles

La presencia de plazas de Hospital de Día Geriátrico sigue siendo bastante testimonial en nuestra comunidad, siendo la apertura de mayoría de ellos previa a 1990, salvo el del Hospital de Guadarrama.

Tabla 1.15 Actividad de Consultas Externas de Geriatría (2010) XXX

Hospital	Nuevos	Revisiones	Índice revisiones/nuevos	Edad media
H.G.U. Gregorio Marañón	522	1.648	3,16	-
H.U. Infanta Leonor	114	161	1,41	-
H.U. Ramón y Cajal	2.116 (pacientes total)		-	82,7
H.U. La Paz-Cantoblanco	454	854	1,88	80
H.U. Infanta Sofía	460	1.104	2,4	-
H. Clínico San Carlos	1.162	4.878	4,20	82,7
H. de Guadarrama	508	734	1,45	-
H. Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela	1.428	2.064	1,45	81,5
H.U. de Móstoles	626	1.844	2,95	-
H.U. Severo Ochoa	189	292	1,55	84,5
H.U. de Getafe	656	2.072	3,16	81,2
H.U. Infanta Cristina	474	661	1,39	82
TOTAL	**7.240**	**17.781**	**2,27**	**82,09**

Nota: Proyectada apertura en H. Coslada

Para el cálculo total de pacientes nuevos y revisiones, se ha proyectado que en el caso de los pacientes del Hospital U. Ramón y Cajal, los 2116 pacientes se han distribuido según la media global de nuevas/sucesivas (2,27), correspondiendoa consultas nuevas-647 pacientes y consultas sucesivas- 1419 pacientes.

Con 7240 pacientes nuevos vistos en consulta, esta es una demanda creciente por parte tanto de los pacientes como de los profesionales de Atención Primaria.

Tabla 1.16 Actividad de Atención Geriátrica a Domicilio (AGD) (2010)

Hospital	Nº Pacientes Nuevos	Asistencia media	Edad media
H. Clínico San Carlos	132	131	-
H. Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela	779	25,4 días	84
H.U. de Getafe	625	-	84,8

Al igual que con lo referido en hospital de Día la existencia de los equipos de AGD sigue siendo testimonial, probablemente por atender al mismo grupo de pacientes que se atiende en otros dispositivos hospitalarios y de primaria como los ESAD, Equipos de Atención Domiciliaria y Equipos de Cuidados Paliativos. En las áreas geográficas donde coexisten más de uno de estos equipos es recomendable su coordinación. El valor añadido de los equipos de AGD sigue siendo además de su especialización en pacientes y problemas geriátricos, en la disponibilidad de recursos hospitalarios inmediatos cuando son requeridos.

Además de los niveles asistenciales anteriores, es destacable que existe algún dispositivo asistencial conjunto entre los servicios de Ortopedia y Traumatología y los de Geriatría en los siguientes hospitales:

- H.G.U. Gregorio Marañón (Unidad de Ortogeriatría con 14 camas)
- H.U. La Paz (Unidad de Ortogeriatría con 9 camas)
- H. Clínico San Carlos (Unidad de Ortogeriatría con 12 camas; iniciada en Mayo-2011))
- H. U. Ramón y Cajal
- H.U. Infanta Sofía: dedica 1 geriatra a tiempo completo
- H.U. Infanta Leonor
- H.U. de Móstoles
- H.U. de Getafe
- H.U. Severo Ochoa
- H. Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela

Tabla 1.17 Actividad y dotación de recursos geriátricos hospitalarios en la Comunidad de Madrid

	U. Agudos	UME	H. Día	AGD	Con. Externa
Nº camas /plazas	323	495	73	3 equipos	
Nº pacientes atendidos	8.898	4.438	492	1.536	7.240 (nuevos)
Edad media	85,62	78,4	80,85	84,4	82,09
Estancia media	10,89	35,6	21,55	No Valorable	2,27 (Indice nuevo/revisión)

UME- Unidades Geriátricas de Media Estância para Recuperación Funcional;
HDG- Hospital de dia geriátrico; AGD- Asistencia Geriátrica Domiciliaria

Finalmente, es necesario también reseñar la presencia en diversos Servicios de Geriatría (H.U. de Getafe, H. Clínico San Carlos, H. Central Cruz Roja San José y Santa Adela, H. Virgen de la Poveda) de Unidades Monográficas asistenciales y de investigación (Unidades de Memoria, Demencia y Trastornos de Conducta, Caídas, Neurogeriatría) que consumen también recursos humanos y materiales, cuyo oportuno desarrollo, puede convertirlas en unidades de referencia dentro del Área Única sanitaria para la evaluación de pacientes derivados de otras especialidades.

9.3. Adecuación de Recursos (Déficits)

En datos de 2003-2005, se podía constatar que la Comunidad Madrid era la tercera Comunidad de España en porcentaje de recursos geriátricos hospitalarios de camas de Agudos y Media Estancia. Pese a ello, el déficit de camas respecto a las mínimas deseables superaba el 60%.

En la actualidad, el déficit de camas de agudos sigue estando por encima del 60% de las necesarias según los cálculos más ajustados, habiendo mejorado la dotación de camas de Media estancia-recuperación funcional, que han ascendido hasta el 95% del mínimo imprescindible, siempre y cuando todas estas camas estuvieran dedicadas prioritariamente a la recuperación física activa de pacientes con deterioro funcional reversible.

En cuanto a la presencia de algún dispositivo geriátrico en hospitales ha pasado del 57% en 2005 al 78% en 2010. Esta mejoría sigue siendo testimonial en algunos hospitales y potencialmente poco operativa por la inexistencia de dispositivos estructurales multidisciplinarios que contribuyeran a mejorar la eficacia y eficiencia de esta presencia de especialistas de Geriatría en algunos hospitales.

Tabla 1.18 Comunidades Autónomas ordenadas de mayor a menor según el porcentaje de hospitales con más de 100 camas con algún tipo de asistencia geriátrica especializada.

Período 2003-2005 (*Gómez-Pavón et al 2006*)

		Asistencia geriátrica		
	N[a]	*2003*	*2005*	*Δ*[b]
La Rioja	1/1	1 (100%)	1 (100%)	=
Cataluña	35/35	27 (77%)	31 (89%)	↑ 12%
Castilla-La Mancha	10/10	5 (50%)	6 (60%)	↑ 10%
Castilla y León	15/15	7 (47%)	9 (60%)	↑ 13%
Madrid	13/14	7 (54%)	8 (57%)	↑ 3%
Aragón	9/9	3 (33%)	4 (44%)	↑ 11%
Galicia	12/12	3 (25%)	3 (25%)	=
Murcia	8/8	2 (25%)	2 (25%)	=
C. Valenciana	23/23	5 (22%)	5 (22%)	=
Navarra	5/5	1 (20%)	1 (20%)	=
Baleares	5/5	1 (20%)	1 (20%)	=
Asturias	9/9	1 (11%)	2 (22%)	↑ 11%
Canarias	8/8	3 (38%)	1 (13%)	↓ 25%
Extremadura	9/9	1 (11%)	1 (11%)	=
Andalucía	32/32	3 (9%)	3 (9%)	=
País Vasco	17/17	0	0	=
Cantabria	3/3	0	0	=
Melilla	1/1	0	0	=
Ceuta	1/1	0	0	=
España	216/217	70 (32%)	78 (36%)	↑ 4%

[a]Número de hospitales generales españoles de más de 100 camas, años 2003-2005.
[b]Incremento del año 2003 al 2005.

Figura 1.12 Comunidades autónomas ordenadas de mayor a menor según el porcentaje disponible de camas de Agudos y Media Estancia estimado a partir de GRD (Agudos: 87, 127, 544, 88, 89, 90, 96, 97, 540 y 542; Media Estancia: 14, 209, 210, 211, y 236). Período 2003

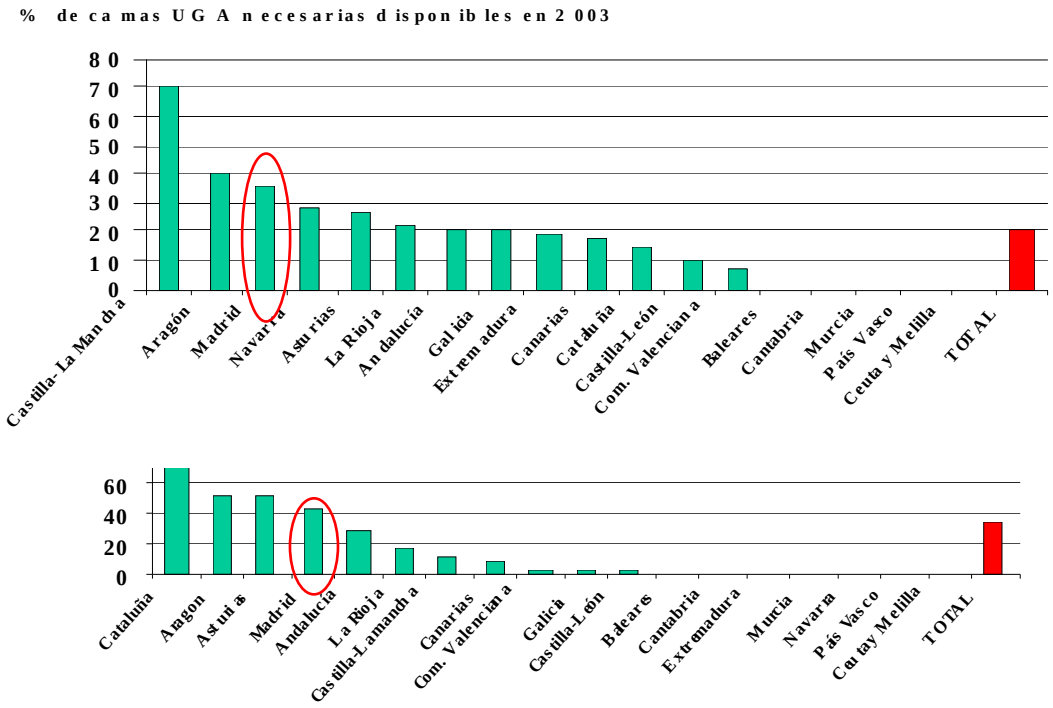
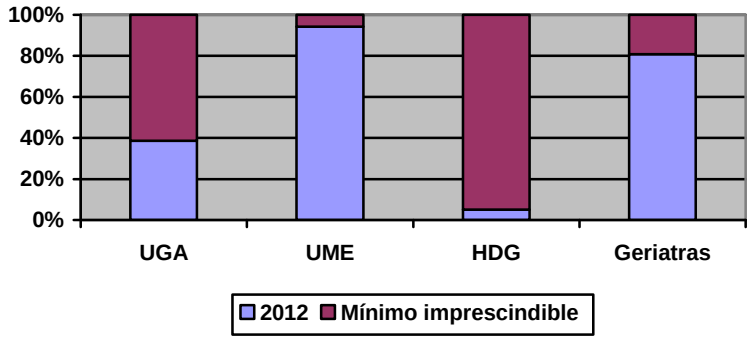


Figura 1.13 Grado de adecuación de Recursos Geriátricos Hospitalarios en la Comunidad de Madrid



10.- DOCENCIA E INVESTIGACIÓN EN GERIATRÍA

Aunque este es un Plan básicamente dirigido a la mejora de la Calidad Asistencial en Geriatría para las personas mayores de la Comunidad de Madrid, nos parece necesario hacer unos breves apuntes sobre Docencia e Investigación en Geriatría.

El motivo es, por una parte, que la formación pre y posgrado en este campo es un mandato necesario determinado por las características de la población, cada vez más envejecida y que es la que con más frecuencia requiere atención sanitaria tanto en nuestra Comunidad como en el resto de España y países desarrollados de nuestro entorno.

Por otro lado, la Investigación Clínica como herramienta que crea conocimiento, fomenta el autoaprendizaje y repercute directamente en beneficios para el paciente y el sistema, debe acompañar siempre la planificación asistencial.

10.1. Docencia Pregrado

Con 4 Facultades de Medicina públicas (Universidades de Alcalá, Autónoma, Complutense y Rey Juan Carlos) y 4 privadas (San Pablo-CEU, Europea, Francisco Vitoria y Alfonxo X el Sabio), la Comunidad de Madrid disfruta de la mayor concentración de facultades de España lo que la convierte en la mayor fuente de licenciados en Medicina del país. Este privilegio hace que sus itinerarios docentes puedan marcar en un futuro el nivel de formación profesional y, por ende, ser fuente de referencia para otras comunidades.

Aunque fue en Madrid donde se creó la primera cátedra de Geriatría, ocupada por el profesor José Manuel Ribera Casado (actualmente profesor emérito) en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, en el resto de facultades la incorporación de Geriatría en el pregrado es desigual y en general escasa. Así, según los programas docentes de las diferentes universidades consultados en abril de 2012, solo la Universidad Autónoma entre las universidades públicas y la Universidad Francisco de Vitoria entre las privadas explicitan la presencia de Geriatría como materia independiente con 3 créditos en el 4º curso de la licenciatura. En el resto de facultades, la Geriatría no aparece como materia explicita, lo cual parece un contrasentido en relación con la realidad asistencial de nuestra Comunidad y del resto de España.

10.2. Docencia Posgrado: Formación Sanitaria Especializada

Como se reflejaba en el punto 4 de este capítulo 1, existen pruebas de que la especialización del equipo multidisciplinar que trabaja en Unidades Geriátricas (p.ej. en terapia médica, abordaje de síndromes geriátricos, fisioterapia y terapia ocupacional) es fundamental para que los resultados sean eficaces y eficientes, y este hecho puede ser especialmente importante con relación a la enfermería gerontológica (*Ellis et al 2011a*).

La Formación Médica Especializada de Geriatría viene impartiéndose desde la creación del sistema MIR en 1978, inicialmente en el H. Central Cruz Roja San José y Santa Adela, extendiéndose posteriormente por otros hospitales de la Comunidad de Madrid, paralelamente a la creación de Servicios de Geriatría estructurados con recursos propios. Dicha formación está regulada por normas estatales, desde el *Real Decreto 127/1984*, por el que se regulaba la formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista, hasta los más recientes *Real Decreto 183/2008*, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y *ORDEN SCO/2603/2008,* por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Geriatría.

De nuevo la Comunidad de Madrid, con 23 plazas de Formación MIR en Geriatría en el año 2012 (38% del conjunto de España) se encuentra a la vanguardia de la formación especializada. La distribución de estas plazas es:

HOSPITAL	PLAZAS
H. Central Cruz Roja San José y Santa Adela	5
H. Clínico San Carlos	5
H. U.de Getafe	5
H. G.U. Gregorio Marañón	3
H.U.La Paz	3
H.U.Ramón y Cajal	2

Con vistas al futuro desarrollado de la troncalidad en la Formación Médica Especializada parece nuevamente necesario recomendar la rotación obligatoria por unidades de Geriatría en formación relacionadas, especialmente en el tronco médico común, lo cual conllevaría la necesidad de reforzar e implementar estas unidades de Geriatría

Además de la formación médica especializada, la función de la enfermera geriátrica adquiere un papel relevante en los diferentes niveles asistenciales geriátricos y su especialización debe contemplarse dentro de las Unidades Docentes Multidisciplinares de Geriatría (*Orden SAS/3225/2009, de 13 de noviembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Geriátrica.).* Entre las Funciones que pueden desarrollar las enfermeras geriátricas destacan:

- Valoración Geriátrica: participando en la valoración del estado funcional, mental y social de los pacientes que están siendo atendidos en las distintas unidades del Servicio de Geriatría.
- Participación en el diagnóstico y seguimiento de los síndromes geriátricos: Deterioro funcional, demencia, depresión, confusión, desnutrición, incontinencia, úlceras por presión, etc.
- Educación sanitaria del paciente y de sus cuidadores.
- Seguimiento de la evolución y continuidad de cuidados, así como coordinación con otros profesionales en distintos niveles asistenciales (extrahospitalaria con el equipo de Atención Primaria o el equipo sanitario de la residencia donde vive el paciente; Intrahospitalaria con otros profesionales sanitarios encargados de ciertos cuidados del paciente; con el equipo de la unidad de geriatría, estableciendo una comunicación fluida con el personal sanitario habitual de la unidad para garantizar una continuidad; y con los familiares para implementar el plan de cuidados elaborado por el equipo).
- Realización de registros de calidad asistencial
- Participación en las actividades docentes y de investigación del servicio.

10.3. Investigación

Hasta muy recientemente la investigación española sobre envejecimiento se ha fundamentado en la calidad individual de grupos de excelencia, pobremente conectados entre sí y sin un referente temático que los cohesione.

La complejidad y heterogeneidad del proceso de envejecimiento junto con sus diferentes vertientes biológicas, clínicas y epidemiológicas hace necesario que la multidisciplinariedad se lleve a este terreno.

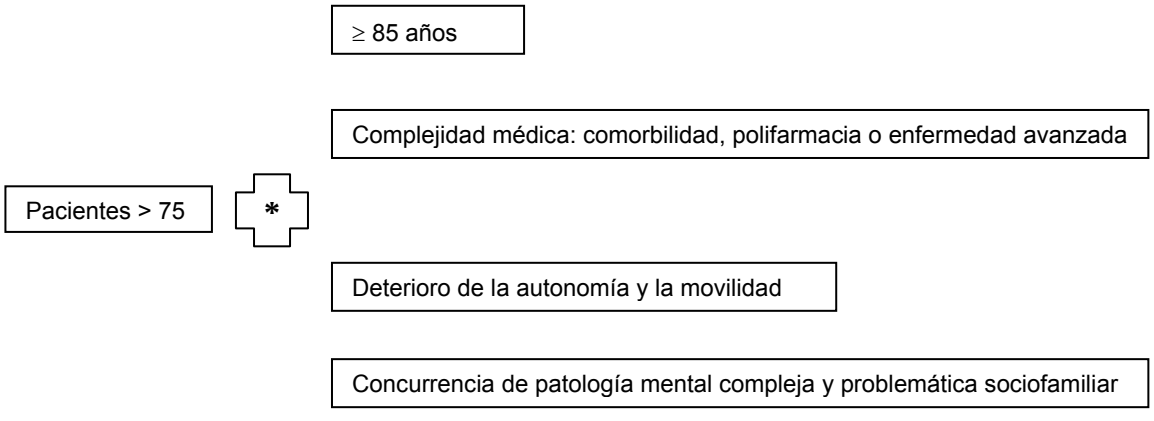
El desarrollo de programas cooperativos que abarquen diferentes aspectos relacionados con el objetivo de los sistemas sanitarios respecto a la población anciana (la prevención y el tratamiento de la dependencia funcional), y centrado en su principal marcador y factor de riesgo: la fragilidad, hace que ejemplos liderados por geriatras que trabajan en la Comunidad de Madrid como la Red Española Temática en Investigación Cooperativa en Envejecimiento y Fragilidad-RETICEF (*Rodríguez-Mañas 2008*) aprobada y financiada en 2006 por el Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Sanidad, o una futura creación de un Instituto Madrileño de Envejecimiento sean aspectos a potenciar.

11.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El objetivo de este apartado del Plan Estratégico es hacer una revisión teórica de las bases científicas de la especialidad de Geriatría, seguida de un diagnóstico de la situación actual de la atención sanitaria especializada a las personas mayores en la Comunidad de Madrid, que pudiera servir de base para el desarrollo posterior de propuestas concretas en cada uno de los grupos de trabajo de este Plan.

1.- La eficacia de la asistencia geriátrica radica en detectar y satisfacer las necesidades, que cada paciente requiere en el momento oportuno. Para conocer y abordar estas necesidades se emplea la Valoración Geriátrica Integral y el trabajo en equipo multidisciplinar.

2.- Población diana:



* Basta uno de los siguientes

3.- En tiempos de crisis, existe una oportunidad para mejorar la eficacia y eficiencia de la atención hospitalaria a personas de edad avanzada. La evidencia científica avala que todo anciano frágil ingresado desde urgencias en un hospital debería tener acceso a una cama especializada en Geriatría. Se consideran prioritarias a la luz de la evidencia científica aquellas intervenciones que comparadas con la atención convencional consiguen beneficios funcionales para el paciente y reducen el coste asistencial:

- Unidades Geriátricas de Agudos, que reducen un 10% los gastos derivados de la hospitalización en población de edad avanzada con patología médica.
- Las Unidades de Ortogeriatría de agudos que, pueden reducir hasta un 30% la estancia hospitalaria y 1200 euros el coste por proceso.
- Las Unidades de Media Estancia orientadas a la recuperación funcional, que reducen el gasto derivado de reducir el riesgo de institucionalización un 47%.

4.- La presencia frecuente de limitaciones funcionales en los pacientes de edad avanzada y la necesidad de priorizar la permanencia en su entorno habitual hace que, a pesar de la estructuración en área única sanitaria, siga siendo necesario mantener una limitación geográfica para dispositivos sanitarios que requieran el desplazamiento del paciente (consultas externas y hospital de día), así como el desplazamiento de los profesionales (Equipos de Atención domiciliaria).

5.- La relación con Residencias es prioritaria para mantener una tasa de hospitalización por debajo del 25/100 pacientes-año. Cuando la hospitalización sea necesaria, estos pacientes debieran ingresar preferiblemente en servicios de Geriatría o, al menos, ser valorados previamente al ingreso por un especialista en Geriatría.

6.- Es necesario adaptar el CMBD a las características de una población hospitalaria cada vez más envejecida. En este sentido, la incorporación de un índice de capacidad funcional y otro de capacidad mental mejoraría la capacidad pronóstica de los GRD y ayudaría a una mejor comparación entre hospitales y servicios. Igualmente, es necesario desglosar los procesos asistenciales por unidades y no por paciente para obtener unos datos más fiables y comparables.

7.- La limitación de especialistas en Geriatría en los hospitales madrileños para atender al la población de edad avanzada (23% de las altas hospitalarias son en personas de 75 y más años) obliga a priorizar los objetivos a conseguir:

7.1. Dotar a todos los hospitales de la red pública de al menos 3 especialistas en Geriatría que ejerzan su labor sobre pacientes hospitalizados (independientemente de que pueda haber otros trabajando en otros departamentos como urgencias, etc).

7.2. Dotar a todos los hospitales de la red pública de una Unidad Geriátrica de Agudos con un tamaño adecuado a la población que atienda y dotación de especialistas en Geriatría, con un mínimo al menos de 10 camas.

7.3. Todos los Hospitales que realizan intervenciones de fractura de cadera deben contar con un modelo asistencial de intervención geriátrica durante la fase aguda (equipo interconsultor/unidad de ortogeriatría) para la atención conjunta de estos pacientes.

7.4. En aquellos hospitales donde haya especialistas en Geriatría, su actuación más prioritaria debiera ser con pacientes que tuvieran alguna de las siguientes características:

- Edad de 85 o más años
- Ingresan por fractura de cadera
- Presentar deterioro funcional o cognitivo agudo

7.5. Si disponen de Unidad Geriátrica de Agudos a su cargo, debieran plantearse como objetivos preferenciales la relación con el Servicio de Urgencias y el diseño de la relación con residencias.

8.- En Hospitales de Media y larga Estancia, el objetivo prioritario debe ser la disponibilidad y accesibilidad de camas para recuperación funcional y convalecencia con criterios explícitos de ingreso y dotación adecuada de personal. Otras unidades específicas de cuidados subagudos y continuados para atención de pacientes ancianos con enfermedad de órgano avanzada son también objeto de su atención y desarrollo.

12.- AGRADECIMIENTOS

Al Servicio Regional de Bienestar Social de la Consejería de Asuntos Sociales por aportar datos de las relacionados con Residencias Públicas.

Al Dr Pedro González Gil y a la Dra. Inmaculada Rodríguez Moreno por aportar datos de Residencias del Grupo Los Nogales y Grupo AMMA respectivamente.

CAPITULO II: RELACIÓN CON EL ÁMBITO COMUNITARIO: ATENCIÓN PRIMARIA Y CENTROS RESIDENCIALES

Coordinador

Roberto Petidier Torregrossa. Hospital Universitario de Getafe

Grupo de Trabajo

Berta Alvira Rasal. Hospital Infanta Elena

Patricia Alonso Fernández. Hospital Universitario Infanta Leonor

Antonio José Pita Carranza. Hospital Universitario de La Princesa

Primitivo Ramos Cordero. Consejería de Asuntos Sociales

Pedro González Gil. Residencia Los Nogales

Mª Jesús Boya Cristia. Hospital Universitario de Getafe

Emiliana Valderrama Gama. Centro de Salud Arroyo de la Media Legua

Francisco Sánchez del Corral. Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela

1.- IDEAS CLAVE

- Las características sociodemográficas de la población anciana chocan con el modelo asistencial actual centrado en el proceso agudo y que trata las enfermedades crónicas como si se tratasen de enfermedades agudas episódicas en lugar de establecer una estructura que permita establecer unos cuidados continuados para prevenir el deterioro (*Wagner 2001*; *Bodemheimer 2002*).
- Este enfoque de "proceso agudo" dificulta la provisión de servicios que requieren los pacientes crónicos ya que no contempla las dimensiones físicas, mentales y sociales que influyen en las enfermedades crónicas, ni la continuidad de los cuidados, ni el impacto en la calidad de vida del paciente y sus cuidadores (*Tinneti & Fried 2004*).
- Los ancianos con enfermedades crónicas suelen recibir una asistencia fragmentada al recibir cuidados de múltiples profesionales que suelen actuar independientemente unos de otros, provocando deficiencias y actuaciones ineficaces, duplicadas, e incluso contradictorias, siendo una causa frecuente de iatrogénica (*Institute of Medicine 2001 y Rothman & Wagner 2003*).
- El cuidado de las enfermedades crónicas es un proceso colaborativo que implica la definición de los problemas clínicos, el desarrollo conjunto (pacientes y profesionales sanitarios) de un plan de cuidados con objetivos bien definidos, el establecimiento de dianas y estrategias, el entrenamiento necesario para llevarlo a cabo, y un seguimiento activo y sostenido (*Von Korff et al 1997*).
- El enfermo crónico requiere de los cuidados de un amplio grupo de profesionales sanitarios con habilidades y conocimientos que van más allá de la formación médica tradicional. Son necesarias aptitudes para el trabajo en equipo (médicos, enfermeras, terapeutas físicos y ocupacionales, trabajadores sociales), para la valoración geriátrica integral (médica, física, mental y social), para la coordinación y continuidad de cuidados y la educación del paciente y los cuidadores (*Lewin et al 2002, McNutt 2004, Safran 2003*).
- La coordinación entre Atención Primaria y Especializada y los Servicios Sociales, estableciendo una adecuada continuidad entre domicilio, hospital, centro de salud y otros recursos comunitarios, mejora la atención y el seguimiento de ancianos crónicos (*López Martín & Petidier 2008*).
- Para la atención de pacientes ancianos frágiles y complejos, el médico de atención primaria puede requerir del apoyo de un facultativo o equipo especialista, y parece claro que, en el ámbito de la atención especializada, es la Geriatría la que mejor apoyo puede prestar.

- Las herramientas de la Geriatría (trabajo en equipo multidisciplinar, valoración geriátrica integral, atención en distintos niveles asistenciales, coordinación con Atención Primaria y con Servicios Sociales y atención a los cuidadores) serán más capaces de contribuir al continuo desarrollo y mejora en la atención al anciano, sobre todo de aquel que es más viejo, tiene mayor carga de enfermedad crónica severa, y más frágil soporte social (*Pérez del Molino et al 2008*).
- El usuario actual de los centros residenciales, con características complejas y heterogéneas, hace que un modelo asistencial dicotómico, estrictamente sanitario o estrictamente social, no sea capaz de dar respuestas completas e integrales a las necesidades y demandas asistenciales globales de éstos (*Alastruey Ruíz 2008*).
- Muchos centros residenciales han ido evolucionado hasta convertirse en centros más especializados donde el componente hostelero, ha sido ampliamente superado por el componente sanitario, encontrándose en la actualidad algunas residencias que muestran escasas diferencias en cuanto a equipamientos y tecnologías con respecto a centros de la red de salud (*Guillén Llera 1998*).
- Una condición “sine qua non” para poder poner en marcha modelos de colaboración es el desarrollo de una categorización o clasificación de los centros residenciales, para que el programa de colaboración se ajuste a las características de cada centro (*Ouslander & Berenson 2011*)

2.- CONTEXTUALIZACIÓN DEL ÁMBITO COMUNITARIO

2.1. Características Socio-Demográficas

La esperanza de vida de la población en la Comunidad de Madrid ha ido aumentando progresivamente hasta situarse en 82,2 años (78,95 para los varones y 85,14 para las mujeres). Esto ha contribuido al progresivo envejecimiento de la población, cuya tasa actual ha duplicado la existente a mediados del siglo XX y, en el caso de la población de 80 y más años se ha quintuplicado, situándose en el 15,5% y 4,3% respectivamente. Sin embargo, esta prolongación de la esperanza de vida todavía lleva aparejado una importante carga de discapacidad que, aunque ha disminuido en relación a décadas previas, hace que en personas de 75 y más años, de los 13,24 años que pueden esperar vivir de media, un 45% de este tiempo tengan algún grado de discapacidad y un 33% una discapacidad severa.

Hasta el 95% de las personas de 75 y más años pueden tener alguna enfermedad crónica, siendo la media de 3 patologías por persona. Algunas de estas enfermedades crónicas justifican el 60% de las muertes en nuestro país. En el 2006, según datos del INE, la principal causa de muerte fueron enfermedades del corazón y cerebro-vasculares (33%), en segundo lugar cáncer (27,5%) y en tercer lugar las enfermedades respiratorias (10,6%).

Por lo tanto el perfil sociodemográfico de nuestros días se caracteriza por un envejecimiento de la población con una alta prevalencia de enfermedades crónicas que condicionan unos últimos años de vida de progresivo deterioro e incapacidad funcional, especialmente evidente en población mayor de 80 años, y con mayor énfasis en el sexo femenino.

2.2. Modos de Convivencia

La gran mayoría de los ancianos (93.8%) permanecen en sus casas (*IMSERSO 2009*), con mayor o menor apoyo socio-familiar. Tras perder a la pareja, la permanencia en el propio hogar se presenta como una opción cada vez más preferida por las personas mayores en España: más de un quinto (21,4%) según los datos de la Encuesta de Condiciones de Vida de las Personas Mayores en España del año 2006. Por tanto algo más de dos de cada diez personas mayores viven solas, proporción que asciende a tres de cada diez (28,9%) si tomamos como referencia la población de mujeres mayores y desciende a uno de cada diez (11,0%) en el caso de los hombres, y que probablemente tienda a aumentar en las próximas décadas.

España tiene un elevado porcentaje de personas mayores que viven con alguno de sus descendientes. El 30,6% de las personas mayores cohabitan con alguno de sus descendientes; el 25,6% lo hacen en su propio hogar y sólo un 5% en casa de los hijos. Sobre este dato suelen fundamentarse las teorías que atribuyen a nuestro país, junto con otros del sur de Europa, un modelo convivencial de marcada solidaridad familiar, fruto de una consistente tradición católica, que conduce a que los descendientes cohabiten con sus progenitores de avanzada edad en caso de que éstos enviuden o sufran problemas de salud.

En lo que respecta a la población que vive en residencias, como se expone en el capítulo 1, según datos del Observatorio de personas mayores del IMSERSO en su informe de 2008 el índice de cobertura de plazas residenciales en la Comunidad de Madrid era de 5,36 plazas por 100 mayores de 65 años.

2.3. Modelo de Enfermedad

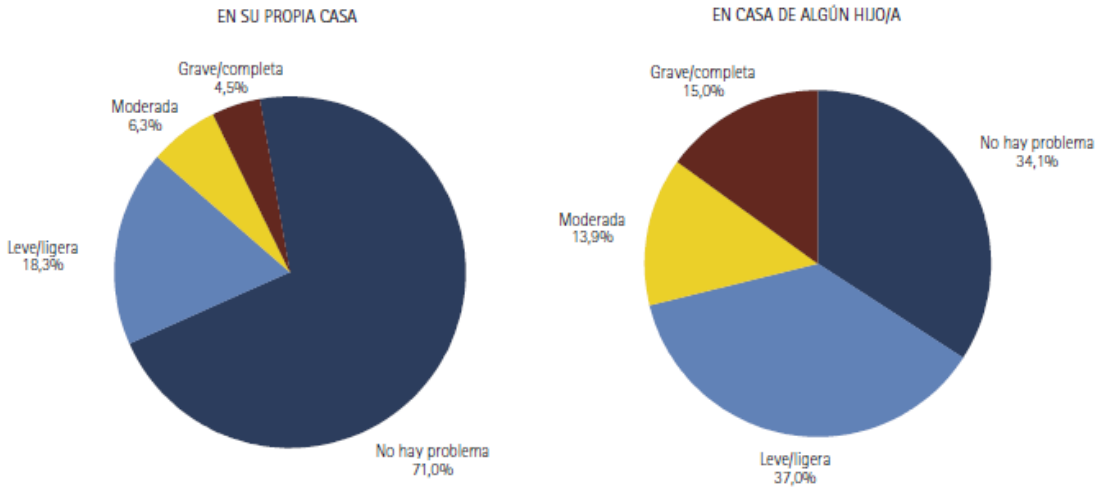
A nivel mundial, las enfermedades crónicas fueron las responsables del 70% de las muertes y del 46% del gasto global sanitario en 2000, incrementándose al 60% del gasto como previsión para 2020 (*World Health Organization 2002*). Los principales motivos que justifican esta progresión son los avances médicos, los cambios en los hábitos de vida (dieta, ejercicio físico, estrés, etc), y el envejecimiento de la población.

El impacto del cuidado de las enfermedades crónicas recae sobre todas las esferas: pacientes, familias, comunidad y la sociedad en su conjunto. Las personas que padecen una enfermedad crónica manifiestan, objetiva y subjetivamente, un estado de salud peor y un impacto en relación a las limitaciones en la actividad diaria, incrementándose en relación al número de enfermedades (*Fundación Vodafone España 2011*). Además son mayores usuarios de los servicios sanitarios (en promedio, el enfermo crónico visita al médico 7,4 veces al año frente a las 1,7 del resto, con cifras mayores cuanto mayor sea la comorbilidad) con necesidad en efectuar visitas frecuentes y puntuales a la atención sanitaria (necesidad de obtener cita cuando es requerido).

La familia y amigos constituyen la primera línea de soporte para gran parte de los pacientes crónicos, con mayor carga de discapacidad (Figura 2.1).

Figura 2.1

Grado de la discapacidad en las personas mayores que viven con sus hijos/as en su propia casa y en casa de éstos



Fuente: *Encuesta de condiciones de vida de las personas mayores, 2006.* Estudio 2.647.

El efecto más negativo que sufren estos cuidadores informales (no remunerados) se conoce como sobrecarga del cuidador ("caregiver burden"), con consecuencias físicas, psíquicas y emocionales por el desequilibrio entre las demandas del enfermo, el resto de obligaciones familiares, responsabilidades laborales, etc. que termina por afectar también al paciente.

La variable que más afecta al consumo de recursos sanitarios no es tanto la presencia de patología crónica como la repercusión que esta tenga sobre la autonomía del anciano. Así la presencia de limitación funcional duplica la incidencia de hospitalización y el gasto farmacéutico y pese a reducir los años de expectativa de vida aumenta el gasto sanitario acumulado por paciente *(Lubitz et al 2003; Fried et al 2004).*

2.4. Uso de los Servicios Sanitarios

Los mayores son grandes usuarios de los servicios sanitarios. Un 42,6% de las personas de 65 y más años ha consultado con algún médico, por algún problema, molestia o enfermedad, en las dos últimas semanas (excluidas las peticiones de cita, análisis o radiografía), en proporciones notablemente superiores al resto de la población (28,5%). Los ancianos van en proporciones más elevadas a dispensación sólo de recetas y a revisión por enfermedad, pero acuden en menor medida para diagnóstico de una enfermedad o problema de salud (*IMSERSO 2009*). Dificultades en actividades cotidianas tan relacionadas con el contacto con el sistema sanitario como puede ser el uso del transporte público o ir al médico (fundamentalmente de Atención Primaria) aparecen en el 20,5% y 18,7% de las personas mayores de 65 años, disparándose dichas cifras si consideramos el grupo etario de mayores de 80 años.

Estas características sociodemográficas de nuestra población anciana choca frontalmente con el modelo asistencial actual, centrado en el proceso agudo y trata las enfermedades crónicas como si se tratasen de enfermedades agudas episódicas en lugar de establecer una estructura que permita establecer unos cuidados continuados para prevenir el deterioro. Durante los últimos veinte años, diversos autores han puesto de manifiesto las consecuencias que ocasionaría no adaptar los sistemas sanitarios a la atención de los pacientes crónicos, y se han propuesto cambios en la forma en la que los servicios sanitarios son aprovisionados (*Wagner 2001*; *Bodemheimer 2002*).

2.5. Ancianos con Enfermedad Crónica

Los ancianos son el grupo de edad con mayor prevalencia de enfermedades crónicas, presentando unas características específicas de atención para las que el sistema sanitario necesita adaptarse.

2.5.1. Deficiencias actuales en la provisión de cuidados

Las deficiencias actuales se agrupan en dos categorías: deficiencias en la estructura y función o en los recursos humanos del sistema sanitario.

2.5.1.1. **Deficiencias en la estructura y función del sistema sanitario.** El modelo asistencial actual tiene dificultad para soportar la provisión del tipo de servicios que requieren los pacientes crónicos ya que no contempla las dimensiones físicas, mentales y sociales que influyen en las enfermedades crónicas, ni la continuidad de los cuidados, ni el impacto en la calidad de vida del paciente y sus cuidadores (Tinneti & Fried 2004). Con el modelo de asistencia a enfermedades agudas, los pacientes crónicos suelen recibir una asistencia fragmentada, la participación de los pacientes suele estar restringida, y existen dificultades para el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC). Se atiende más el tratamiento episódico de síntomas agudos, frente al avance sostenido de la enfermedad crónica que es lo que más amenaza el estado de salud y la funcionalidad del paciente (Institute of Medicine 2001 y Rothman & Wagner 2003).

Los ancianos con pluripatología suelen recibir cuidados de múltiples profesionales sanitarios que frecuentemente actúan independientemente unos de otros, provocando deficiencias y actuaciones ineficaces, duplicadas, e incluso contradictorias, siendo una causa frecuente de iatrogénia (por ejemplo la disparidad entre el tratamiento previo al ingreso y el prescrito al alta hospitalaria). La implementación de cauces de comunicación entre Atención Especializada y Atención Primaria para hacer llegar los informes de alta, junto con la mejora de la información dada en ellos, especialmente en relación con los detalles clínicos de la evolución, la prescripción médica con los cambios terapéuticos y la inclusión del plan de cuidados, facilitaría que se evitaran redundancias, duplicaciones terapéuticas, y discrepancias en las dosis (Boling 2009).

En los ancianos con patología crónica existe una interacción entre la enfermedad y sus consecuencias que requiere una gestión continuada y compleja para lo que es imprescindible la implicación del anciano en su propio cuidado. El cuidado de las enfermedades crónicas es un proceso colaborativo que implica la definición de los problemas clínicos en términos que comprendan los pacientes, el desarrollo conjunto (pacientes y profesionales sanitarios) de un plan de cuidados con objetivos bien definidos, el establecimiento de dianas y estrategias, y el entrenamiento necesario para llevarlo a cabo, y un seguimiento activo y sostenido (Von Korff et al 1997).

El uso de las TIC está muy generalizado en la asistencia sanitaria, aunque en lo que respecta a las enfermedades crónicas todavía tienen un gran recorrido por desarrollar. Su potencial es enorme en la recopilación y el uso compartido de información clínica, como herramientas de soporte a las decisiones médicas, en la reducción de errores médicos, mejora de la interacción paciente-personal sanitario, y educación e información a pacientes (Cátedra Sanitas & ETSIT-UPM 2008). Pero para que un programa de telemedicina tenga éxito es necesario desarrollarlo en un contexto favorecedor, en el cual se puedan prever los riesgos, siendo el factor humano la clave principal (Mahtani Chugani et al 2009).

2.5.1.2. **Deficiencias relativas a los recursos humanos.** El enfermo crónico requiere los cuidados de un amplio grupo de profesionales sanitarios con habilidades y conocimientos que van más allá de la formación médica tradicional. Son necesarias aptitudes para el trabajo en equipo (médicos, enfermeras, terapeutas físicos y ocupacionales, trabajadores sociales), para la valoración geriátrica integral (médica, física, mental y social) para la coordinación de cuidados y la educación del paciente. Por este motivo, se debe implementar en el currículo formativo pregrado y postgrado de los médicos y enfermeras un entrenamiento adecuado en los principios de una buena atención a personas con enfermedad crónica, con la promoción de cuidados centrados en el paciente, priorizando la calidad de vida mediante la estabilización de la enfermedad y prevención del deterioro funcional, el trabajo en equipos interdisciplinarios, uso de las TIC, y la aplicación de la medicina basada en la evidencia.

2.5.2. Elementos para el cambio en la atención a las enfermedades crónicas

2.5.2.1. **Reorganización de los cuidados.** Las estrategias que se han mostrado más eficaces han sido las enfocadas a la estructura y la forma de provisión de los servicios de salud. Entre ellas cabe destacar: la autogestión ("self-management"), los equipos de cuidados interdisciplinarios, las visitas de grupo, la gestión de enfermedades ("disease management"), la gestión de casos ("case management"), y la gestión y evaluación geriátrica. Algunas de ellas se solapan, p.ej la autogestión puede ser a su vez una estrategia aislada, y componente de la gestión de enfermedades. La configuración óptima de estas estrategias está por determinar aunque hay un amplio consenso en que forman parte de los bloques necesarios para la reorganización de la asistencia sanitaria a enfermos con patología crónica.

Autogestión. El concepto de autogestión implica la participación activa del paciente en su propio cuidado, incluyendo las actividades que puede llevar a cabo con el objetivo de minimizar los efectos de la enfermedad. Los componentes más importantes de estos programas son (Barlow et al 2002): Provisión de información, gestión de síntomas, gestión de tratamiento farmacológico, apoyo psicológico, fomentar un estilo de vida saludable, apoyo social y comunicación.

Los objetivos de estos programas son ayudar a los pacientes a adquirir y mejorar las habilidades necesarias para asumir un papel protagonista en la gestión de su enfermedad, y reforzar la autoeficacia del paciente ("self-efficacy"), entendida como el convencimiento del propio paciente en su capacidad para llevar a cabo una tarea determinada.

El Programa para la Autogestión de Enfermedades Crónicas ("Chronic Disease Self-Management Program", CDSMP), fue inicialmente desarrollado para pacientes con artrosis y posteriormente adaptado para su uso por pacientes con diferentes enfermedades crónicas. Son impartidos por pacientes entrenados para ello ("lay educators"), habitualmente en un contexto comunitario (no hospitalario), como centros de mayores, etc. Los resultados son excelentes en pacientes con comorbilidad mejorando el control de síntomas y disminuyendo sus limitaciones físicas (Lorig et al 1999). Estudios más recientes confirman que el CDSMP conduce a resultados también positivos en rutina clínica y no exclusivamente en contextos controlados con fines de investigación (Lorig et al 2001).

Los estudios que comparan los costes de estas estrategias en comparación con asistencia ordinaria muestran el relativo menor coste por paciente de los programas de autogestión (DeBusk et al 1994, Leveile et al 1998, Lorig et al 1999).

Basándose en este éxito, se ha producido una extensa difusión del CDSMP. La adopción más notable podría ser el plan del NHS en Gran Bretaña para introducir programas de autogestión basados en el CDSMP para pacientes con enfermedad crónica, y que estableció un marco de desarrollo para el periodo 2004-2007 conocido como "The Expert Patient" (NHS, 2001).

Equipo de cuidados interdisciplinario. Algunos autores afirman que las intervenciones más eficaces en la gestión de las enfermedades crónicas conllevan la delegación de responsabilidades por el médico de atención primaria (que ostenta por lo tanto la responsabilidad de los cuidados), a otros miembros de su equipo (Wagner 2000). Los modelos de colaboración más extendidos son: Equipos de Atención Primaria con enfermería especializada como proveedora de cuidados; Equipos de Atención Primaria con un médico como proveedor de cuidados; y Equipo de Atención Especializada con enfermería especializada como proveedora de cuidados.

El tercer modelo parece el más adecuado para pacientes con enfermedades complejas mientras que los dos primeros lo serían en situaciones de comorbilidad. Algunos autores se plantean la necesidad del segundo modelo en ciertos contextos de enfermedad crónica si la enfermería especializada puede asumir mayores competencias (Mundinger et al 2000).

Reuniones de grupo. Las reuniones de grupo (Beck et al 1997) conllevan reunir a un pequeño grupo de pacientes (no más de quince o veinte), cada uno o dos meses, con sus principales agentes sanitarios (médicos, enfermería, trabajadores sociales, terapeutas, etc) durante un periodo de tiempo (normalmente no más de dos o tres horas) para facilitar la provisión de cuidados y otros servicios. Aunque los miembros del equipo de cuidadores proveen diferentes tipos de servicios, no necesariamente tienen que funcionar como un equipo interdisciplinario.

En general, es alta la satisfacción que muestran los pacientes que participan en estos encuentros, señalando como muy importante el factor de apoyo mutuo que encuentran los pacientes, manifestándose una reducción en el uso de las urgencias e ingresos hospitalarios (Coleman & Bernson 2001, Beck et al 1997).

Gestión de enfermedades. La gestión de enfermedades ("disease management", DM), se basa en la idea de que los recursos sanitarios se usan más eficientemente si se organizan en torno al paciente (Hunt et al 2000). A pesar de su corta historia desde los inicios de la década de los 1990 en los EEUU la DM se ha convertido en una potente industria representada por una asociación nacional de empresas ("Disease Management Organization of America", DMAA), que provee programas de DM, diversas revistas profesionales e incluso la realización de esfuerzos por las organizaciones sanitarias de EEUU por establecer estándares de acreditación para los programas de DM.

La efectividad de estos programas es todavía bastante desconocida. Hasta el momento se han evaluado diferentes componentes del modelo, pero no programas completos, ni tampoco la efectividad de unos componentes frente a otros. Igualmente, es difícil evaluar la disminución de costes puesto que las mejoras en salud o disminuciones del deterioro se contemplan en el medio-largo plazo (Fundación Vodafone España 2011).

Gestión de casos. En los primeros años de los 80 surgió el interés por la gestión de casos ("case management", CM), y hoy día prácticamente se ha llegado a desarrollar en todos los contextos de cuidados, incluyendo los cuidados agudos, ambulatorios, cuidados a largo plazo, contextos comunitarios, etc. Sin embargo, la falta de consenso en una definición para la CM, sus componentes y actividades, ocasiona desacuerdos en cuanto a su impacto y su papel en los cuidados a pacientes crónicos.

La Sociedad Americana de Gestión de Casos ("Case Management Society of America"), define la CM como: "un proceso colaborativo que valora, planifica, implementa, coordina, monitoriza, y evalúa las opciones y servicios que son requeridos para alcanzar las necesidades sanitarias de un individuo" (*Case Management Society of America. (2009) http://www.cmsa.org*). Estas actividades en su conjunto, tienen como objetivo gestionar los servicios clínicos requeridos por los pacientes, asegurando una utilización apropiada de los recursos, mejorando la calidad de los cuidados, y posibilitando el coste-efectividad en los resultados de los cuidados al paciente. La CM se trata por lo tanto de una actividad proactiva basada en la prevención y la provisión continuada de cuidados sanitarios.

La continuidad y coherencia en los cuidados son la clave del éxito de los programas de CM, y de ello se ocupa el gestor de casos ("case manager", "care manager", o "health coordinator"). Se trata de una persona, distinta de las que proporcionan los cuidados, cuya responsabilidad es la gestión y coordinación de los programas de CM.

En la evaluación de programas de CM, los resultados han sido dispares (Rich et al 1995; Aubert et al 1998; Gagnon et al 1999). A pesar de ello, la evidencia sugiere que los programas de CM tienen un prometedor futuro en la mejora de los resultados de salud y costes en personas con enfermedades crónicas específicas.

Gestión y evaluación global geriátrica. ("Geriatric Evaluation Management", GEM), es probablemente la estrategia mejor estudiada de cuidados coordinados dirigida a enfermos crónicos ancianos.

En el Reino Unido, en un ensayo clínico (Fletcher et al 2004) se mostraron resultados significativos en mejoras respecto a mortalidad, interacción social y estado mental en pacientes tratados fuera del hospital por un equipo hospitalario de geriatría en colaboración con equipos de Atención Primaria.

Los programas GEM, han pasado desde el objetivo de reducir la mortalidad (aspecto en el que es posible que no se pueda mejorar más), hacia la búsqueda de mejoras en el estado funcional físico y mental de los pacientes. El reto actual es conseguir la integración de estos programas en otros servicios dirigidos al colectivo de personas mayores frágiles.

2.5.2.2. **Adecuación del personal sanitario.** Las relaciones de los pacientes crónicos con sus médicos son sustancialmente diferentes al caso de los pacientes agudos. La gestión de la enfermedad crónica requiere relaciones permanentes médico-paciente, con una comunicación completa y abierta entre ambos, en la mayoría de las ocasiones de por vida y siempre centradas en el paciente ("patient-centered care") (Lewin et al 2002, McNutt 2004, Safran 2003). Para ello es necesario desarrollar distintas habilidades: (Adams et al 2002, WHO 2006): comunicación efectiva con pacientes, familiares y otros colegas; aceptar la necesidad de compartir responsabilidades; motivar cambios de estilos de vida y comportamientos; coordinación de los cuidados con otras disciplinas en diferentes contextos; capacidad de uso eficiente de tecnologías de la información y encontrar satisfacción en ayudar a un paciente crónico a retrasar el curso de su enfermedad.

Han sido pocos los programas de entrenamiento que se han llevado a la práctica para evaluar los efectos de los cuidados centrados en el paciente poniéndose de manifiesto en todos ellos un incremento de la satisfacción del paciente con los cuidados recibidos (Dickstein 2001, Lewin et al 2002), pero aún no está claro el impacto sobre el objetivo final que es la salud del propio paciente (Lewin et al 2002).

2.5.2.3. **Participación activa de las familias.** Los buenos resultados en la gestión de la enfermedad dependen de la implicación del paciente y su familia, en todos los aspectos de los cuidados: definición de objetivos, toma de decisiones, planificación del tratamiento, adherencia al mismo y monitorización. Además debe implicarse en los cambios de hábitos de vida y en la prevención de la discapacidad.

El proceso de cuidado continuado a un enfermo no resulta inocuo para el cuidador. El efecto de la sobrecarga de cuidador está bien documentado y no sólo afecta al cuidador, sino que merma la calidad de los cuidados proporcionados al paciente. Existe también un riesgo de sobreprotección del familiar hacia el paciente que lo desplace del proceso de decisión, y asimismo, el hecho de que los profesionales sanitarios lleguen a preferir una relación con el familiar más que tratar de involucrar activamente al paciente. Existe suficiente evidencia para implementar las intervenciones basadas en el apoyo o implicación de la familia en el cuidado de las enfermedades crónicas (Fisher & Weihs 2000).

2.5.2.4. **Innovación tecnológica.** Los avances tecnológicos han sido una de las causas fundamentales en la mejora del tratamiento de las enfermedades crónicas. Exista ya literatura extensa en el manejo de patologías de tanta prevalencia en los ancianos como la insuficiencia cardiaca (Inglis et al 2010), con reducción de mortalidad, reingresos hospitalarios y costes, o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Polisena et al 2010).

2.6. Cuidado Comunitario ("Home Care")

El objetivo prioritario que debe orientar las intervenciones y programas de actuación con ancianos en el medio comunitario es el mantenimiento de la persona mayor en su comunidad (evitando ingresos inapropiados en el medio residencial), conservando sus relaciones sociofamiliares y manteniéndose autónomo y libre de incapacidad el mayor tiempo posible. Por ello el diseño de una estructura de atención sanitaria adecuada para los ancianos exige que se asegure una continuidad en los cuidados, siendo necesaria una coordinación entre los diferentes niveles asistenciales que pueden quedar implicados en el proceso de valoración/prevención/tratamiento/rehabilitación/cuidados paliativos del paciente mayor.

El ámbito comunitario, y por tanto el domicilio del anciano, se plantea como plataforma idónea para intentar asegurar el seguimiento del "proceso", facilitando las necesidades asistenciales concurrentes en cada caso y momento, así como mantener la continuidad de actuación, evitando o paliando los "vacíos asistenciales". La coordinación entre el nivel primario, el nivel especializado de atención y los servicios sociales, o lo que es lo mismo, el establecimiento de elementos de continuidad y coordinación entre Atención Especializada, Atención Primaria y otros recursos comunitarios, favorece la atención y el seguimiento de ancianos con problemas de salud que requieren la intervención de ambos niveles de asistencia (*López Martín & Petidier 2008*).

El nivel de Atención Primaria es el idóneo para promocionar la salud de los mayores, prevenir la incapacidad, y dar continuidad de servicios y cuidados necesarios para impulsar el envejecimiento activo. Sin embargo, para la atención de pacientes ancianos frágiles y complejos (*Cigolle et al 2005*), el médico de Atención Primaria puede requerir del apoyo por parte de un facultativo o equipo especialista, y parecería claro que, en el ámbito de la atención especializada, es la Geriatría la que mejor apoyo puede prestar.

3.- COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE ANCIANO

3.1. Introducción

La Atención Primaria (AP) es el nivel asistencial responsable de dar la primera respuesta a unas demandas de salud de volumen y complejidad rápidamente crecientes y que, en el caso de los pacientes ancianos, se ven particularmente complicadas por la actual crisis económica.

Hace ya años que AP ha desarrollado herramientas para dar respuesta al desafío de prestar una asistencia eficiente y de calidad al paciente anciano fundamentalmente el trabajo en equipo, los Programas de Atención al Anciano y de Asistencia Domiciliaria, además de un importante esfuerzo formativo en las distintas áreas de conocimiento que conforman la Geriatría. En todas estas iniciativas, la colaboración tanto a nivel institucional (Sociedades de Geriatría, Servicios y Unidades de Geriatría hospitalarios) como a nivel individual (especialistas en Geriatría), ha sido prácticamente la norma.

En este sentido, la Geriatría, además de su campo específico de conocimientos sobre el envejecimiento y sus patologías, aporta valores añadidos en la colaboración con AP, como es haber defendido la adaptación del sistema sanitario a un usuario con importantes limitaciones y dificultades, la aplicación de criterios como la equidad (igual tratamiento para igual necesidad), la continuidad asistencial a través de los diferentes ámbitos sanitarios y a lo largo de toda la vida del paciente, la eficiencia y optimización de recursos, el respeto a la autonomía en la toma de decisiones del paciente anciano y la accesibilidad a los servicios.

La variabilidad en la asistencia, la fragmentación del sistema de servicios, la derivación de pacientes ancianos a recursos asistenciales poco preparados y dotados para la atención a pacientes complejos, son ejemplos de contravalores que ponen en peligro tanto el principio de equidad como la propia calidad global del Sistema Sanitario para nuestros mayores. Éste es un importante desafío para el nuevo ámbito de Área única y las herramientas clásicas de la Geriatría (trabajo en equipo multidisciplinar, valoración geriátrica integral, disponibilidad de distintos niveles asistenciales, coordinación y colaboración estrecha con AP y con Servicios Sociales, atención, implicación y formación de cuidadores) serán, por tanto, más capaces de contribuir al continuo desarrollo y mejora en la atención al anciano, sobre todo de aquel que es más viejo, tiene mayor carga de enfermedad crónica severa, y más frágil soporte social.

La Sociedad Española de Geriatría y Gerontología publicó en 2007 un documento de recomendaciones de consenso sobre estándares de calidad en Geriatría, del que merece la pena destacar los siguientes puntos:

- Existencia de programas de atención al anciano y de atención domiciliaria en todas las áreas sanitarias.
- Existencia en cada área de un equipo interconsultor hospitalario y de un equipo de apoyo domiciliario de geriatría para AP, sobre todo para la asistencia post alta hospitalaria.
- Disponibilidad para el médico de AP para poder solicitar la valoración de un paciente anciano por un geriatra, de igual manera que por cualquier otro especialista que considere necesario.
- Establecimiento de protocolos de comunicación entre niveles asistenciales que faciliten el intercambio de información de cada paciente.
- En la actualidad, la colaboración entre AP y Geriatría debe centrarse en la prevención de la dependencia, la atención al anciano frágil y con pluripatología, y al manejo de los síndromes geriátricos (*Pérez del Molino et al 2008*).

3.2. Análisis de Los Modelos Organizativos

A lo largo de los últimos decenios, se han desarrollado múltiples iniciativas de colaboración entre AP y Geriatría con el objetivo de mejorar la asistencia al paciente anciano que vive en la Comunidad de Madrid, tanto en el ámbito ambulatorio, como ante la necesidad de asistencia hospitalaria y de rehabilitación. Resulta difícil, no obstante, establecer un modelo óptimo para esta colaboración, dada la diversidad de sistemas sanitarios, recursos geriátricos estudiados, variables de resultados escogidas por los investigadores, pacientes y/o patologías diana y diseño de los estudios. Sin embargo sí se puede destacar que una mayoría de los estudios que encuentran beneficios significativos para el paciente y/o para el sistema sanitario y/o para los profesionales implicados, dirigen su actuación sobre el anciano frágil y sobre diversos síndromes geriátricos:

- Stuck en 1995 reporta un menor deterioro funcional y una menor tasa de institucionalización mediante valoraciones geriátricas domiciliarias con seguimiento posterior.
- Boult en 1998 obtiene un aumento de satisfacción del paciente y médico de AP, así como un 20% de descenso en uso de recursos hospitalarios mediante la valoración de pacientes frágiles mayores de 70 años, estables pero con riesgo elevado de hospitalización.

- Baztan en 2000 en nuestro medio, describe la coordinación asistencial de un equipo especializado hospitalario en el apoyo de AP para pacientes geriátricos, tanto en la coordinación con el hospital como de consultor en pacientes geriátricos en la comunidad. Un 100% de los médicos de AP considero necesaria esta coordinación, un 79% consideró que su actividad debería ser consultiva y asistencial, y un 30% refirió que además debía asumir la responsabilidad directa y máxima en el cuidado de determinados pacientes complejos en el domicilio.
- Reuben en 2003, obtiene buenos resultados en términos de eficiencia mediante una intervención sobre diversos síndromes geriátricos (caídas, incontinencia y deterioro cognitivo) conjuntamente con AP.
- Counsell en 2006, describe un equipo multidisciplinar geriátrico (enfermería especialista en Geriatría y trabajador social) de base hospitalaria que valora en domicilio a pacientes frágiles, realizando una planificación de cuidados conjunta con el médico responsable de AP y el Geriatra.
- Fenton en 2006, disminuye los ingresos hospitalarios y los costes en ancianos con enfermedades crónicas avanzadas mediante la realización de consultas externas de Geriatría, a petición del médico de AP.
- Eklund en 2009, en una revisión de 9 ensayos controlados y aleatorizados, sobre resultados de intervenciones coordinadas e integradas con AP sobre ancianos frágiles que viven en la comunidad, encuentra beneficios para el paciente (satisfacción, capacidad funcional y calidad de vida) y un menor uso de recursos sanitarios y de costes en general.
- Vedel en 2009 (iniciativa COPA en Francia), obtiene una disminución de visitas a urgencias, ingresos hospitalarios e institucionalización de ancianos frágiles de la comunidad por medio de la colaboración de AP con equipos multidisciplinares de Geriatría que realizan valoraciones y un plan de cuidados en domicilio.
- Hermush en 2009, publica un descenso de la presión asistencial en AP mediante el establecimiento de consultas externas de Geriatría, que son muy bien aceptadas por los profesionales de AP.

Asimismo, resulta interesante conocer las expectativas de las personas mayores con pluripatología sobre la atención sanitaria que desean recibir. Algunos autores (*Bayliss et al 2008*) describen: fácil acceso a los profesionales, comunicación clara de los planes de cuidados, asistencia coordinada e individualizada y continuidad asistencial.

En la actualidad, los modelos de relación funcional entre especialistas en Geriatría y médicos de AP en la Comunidad de Madrid son muy variables, debido a la heterogeneidad de recursos de Geriatría, incluyendo su ausencia absoluta en muchas de las antiguas áreas sanitarias. Donde existen Servicios de Geriatría dotados de todos los niveles asistenciales (H. Central de Cruz Roja San José y Santa Adela, H.U. de Getafe y H. Clínico San Carlos), la relación con AP se realiza a través de Consultas Externas, Unidades de Coordinación Comunitaria y de Atención Geriátrica Domiciliaria. Se realizan sesiones docentes o de discusión de casos en los Centros de Salud y se colabora en el diseño de diversos protocolos de actuación.

La coordinación es más variable en las áreas que solamente disponen de recursos limitados de Geriatría, con frecuencia obligados a restringir su actuación al ámbito hospitalario, por falta de personal para proporcionar otros servicios. Cuando se inicia la colaboración con AP, generalmente es a través de Consultas Externas o bien mediante sesiones en Centros de Salud o colaboración en la protocolización de atención a diversas patologías o de vías clínicas.

En 1998 se crearon los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) en varias Áreas Sanitarias de Madrid y de otras Comunidades Autónomas, como apoyo al Programa de Atención Domiciliaria de AP; entre sus funciones, además de la asistencia a pacientes inmovilizados y terminales, se incluyó la coordinación entre AP y Atención Especializada, siendo muy prometedores los resultados iniciales, tanto a nivel de eficiencia en el uso de recursos sanitarios como de satisfacción de pacientes y profesionales. Sin embargo, la heterogénea titulación de los especialistas médicos contratados (la mayoría sin formación específica en Geriatría), y la posterior política que focalizó su actividad sobre el paciente con enfermedad en fase terminal tanto oncológica como no oncológica, ha hecho que este recurso, en muchos casos, perdiera su capacidad de coordinación entre distintos niveles astenciales para pacientes frágiles.

3.3. Objetivos y Población Diana

Los objetivos principales que deben guiar la coordinación entre AP y Atención Especializada deben ser:

- Garantizar la existencia de una estructura sanitaria que priorice la valoración y asistencia del anciano frágil y con gran carga de enfermedad crónica y/o dependencia en el propio domicilio del paciente.
- Mejorar la calidad asistencial prestada a las personas mayores que residen en la CM a través de la acción coordinada y complementaria de los Equipos de Atención Primaria y la Atención Especializada de Geriatría.

Nuestros esfuerzos deberán dirigirse a aquellos ancianos que más se pueden beneficiar, como son los mayores de 80 años, que salen poco a la calle, y si lo hace es con dificultad y/o ayuda, que tiene al menos tres enfermedades médicas complejas (enfermedad cardiaca, pulmonar, diabetes mellitus, cáncer, enfermedad musculoesquelética, ictus, problemas psiquiátricos o neurológicos degenerativos o deterioro cognitivo), y algún grado de dependencia para al menos una ABVD o AIVD (*Cigolle, 2005; Murkofsky, 2009*).

3.4. Estrategias de Mejora

Para lograr estos objetivos, proponemos las siguientes estrategias:

3.4.1. Diseñar un mapa donde se registren todos los recursos específicos para la asistencia sanitaria geriátrica especializada para las personas mayores, incluyendo las Unidades y Servicios de Geriatría de la Comunidad de Madrid, y los criterios de derivación a cada uno de ellos. Cada Equipo de Atención Primaria conocerá sus recursos de referencia, aunque todo paciente podrá tener acceso a cualquier servicio que precise, en el marco de la libre elección, exceptuando, por razones de eficiencia y transporte, la Atención Geriátrica Domiciliaria (AGD). Este nivel geriátrico asistencial deberá forzosamente seguir sectorizado geográficamente.

3.4.2. Cada Centro de Salud y EAP dispondrá de la posibilidad de contactar con un Especialista Consultor en Geriatría (con base de implantación hospitalaria preferiblemente), dotado, al menos, de un teléfono/fax y una dirección de correo electrónico. En una segunda fase podría plantearse la implementación de un Equipo Consultor de Geriatría, compuesto por un médico geriatra, un profesional de enfermería con formación específica en Geriatría y un trabajador social, a tiempo completo o parcial.

3.4.3. Desarrollo de una Historia Clínica adaptada al paciente anciano, común para toda la Comunidad de Madrid y accesible tanto desde AP como Especializada. Además, en cada caso particular, se intentará incentivar la aplicación de técnicas de comunicación e información entre AP y Geriatría, según las posibilidades técnicas en cada momento, que faciliten el contacto directo entre profesionales.

3.4.4. Implantación y seguimiento de programas y protocolos de atención a los pacientes ancianos diana antes definidos, incluyendo claramente los objetivos de atención y criterios consensuados de consulta o derivación a Geriatría, y el diseño y creación de circuitos de atención rápida (consultas de alta resolución) para valoración integral, realización de analíticas y métodos diagnósticos y toma de decisiones, con el objetivo de evitar ingresos y asistencia en urgencias hospitalarias inadecuados.

3.5. Propuesta Estructura Organizativa

La coordinación Equipo de Atención Primaria, Equipo Consultor de Geriatría se sustentaría en (ver Figura 2.2) contactos periódicos con el centro de salud por parte del equipo de geriatría (médico geriatra, enfermera, trabajadora social) para sesiones teóricas, discusión de casos y cuando el caso lo requiera concertar visitas domiciliarias conjuntas y asistencia directa; y consultas telefónicas y por correo electrónico.

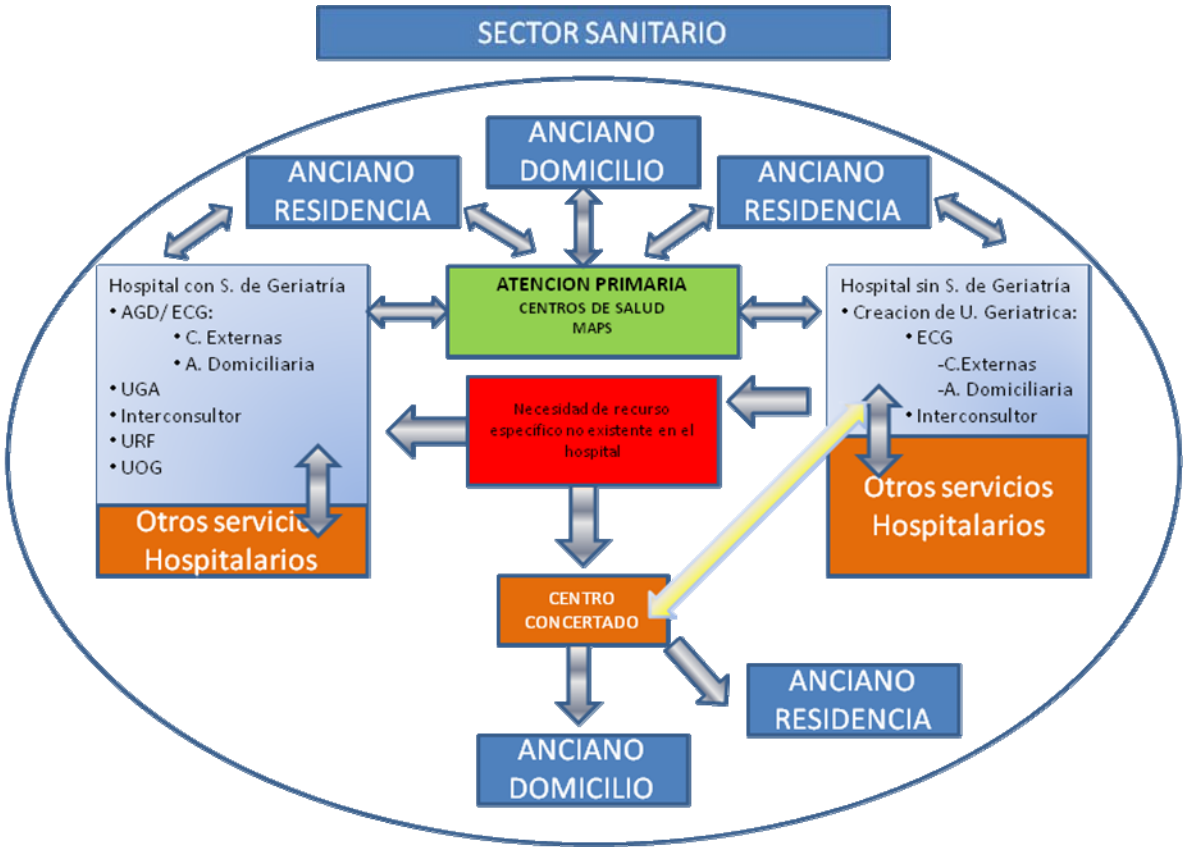
Cuando el geriatra pertenezca a un Servicio de Geriatría estructurado, hará funciones de enlace con el resto de recursos del mismo. En caso de no ser así, hará las mismas funciones con los recursos geriátricos ofrecidos por el Área Única.

Las funciones del Equipo Consultor de Geriatría podrán ser:

- Asistencia directa, mediante protocolos establecidos:
  - Pacientes ancianos frágiles
  - Pacientes ancianos con patología geriátrica específica, sobre todo síndromes geriátricos
- Colaborar en el seguimiento domiciliario de pacientes ya conocidos
- Coordinación con Atención Especializada hospitalaria, tanto Geriatría como el resto de especialidades médicas y quirúrgicas
- Formación para los profesionales de AP
  - Sesiones teóricas
  - Discusión de casos
  - Rotación de profesionales
- Valoraciones conjuntas de pacientes ancianos, tanto en el Centro de Salud como en el domicilio del paciente.
- Actividades de formación / información de cuidadores

La asistencia geriátrica por el Equipo Consultor de Geriatría, se realizará generalmente tras solicitud expresa del médico, enfermera o EAP, pero también por derivación desde otros niveles asistenciales sanitarios (urgencias, otros servicios médicos, otros niveles asistenciales geriátricos si los hubiere), siempre en coordinación con el médico de AP.

Figura 2.2: Propuesta de coordinación entre Atención Primaria y Especializada



4.- COORDINACIÓN ENTRE CENTROS RESIDENCIALES Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA GERIÁTRICA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE ANCIANO

4.1. Introducción

En sus orígenes las Residencias para Personas Mayores, desarrolladas como centros de convivencia y alojamiento alternativo, ejercían su labor en un entorno en el que el índice de envejecimiento era inferior a un 10 % y en el que la expectativa de vida media no sobrepasaba los 60-65 años. Los servicios sobre los que se sustentaban estos dispositivos, eran fundamentalmente los de hostelería-alojamiento y restauración, así como los de animación sociocultural. Todo ello contrasta con el escenario actual, en el que el entorno ha sufrido extraordinarios cambios (índice de envejecimiento del 15,5% y expectativa de vida media en torno a los 82 años), con una edad media de los usuarios de los Centros Residenciales en torno a los 84 años. Esta realidad actual conlleva unas elevadas tasas de morbilidad, discapacidad y dependencia, que provocan un alto consumo de recursos sanitarios (*Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, editores. Geriatría XXI 2000*). Todo lo anteriormente expuesto, configura una realidad cambiante, con unas características y demandas singulares:

- El número de plazas residenciales de la red de servicios sociales, aún habiéndose incrementado en las últimas décadas, no tienen capacidad para absorber la creciente demanda actual, tanto por motivos epidemiológicos como asistenciales (Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid 2004).
- Los usuarios de residencias actualmente presentan un alto grado de deterioro físico, psíquico y funcional, que genera un creciente consumo de recursos sanitarios. En definitiva, se trata de ancianos frágiles, altamente vulnerables a los que debemos dar respuestas sociosanitarias integrales.

En este contexto, los centros residenciales han evolucionado hasta convertirse en centros o dispositivos especializados. De hecho, sabemos que un 30-50% de los residentes presentan malnutrición proteico-calórica, un 25% de trastornos psicoafectivos, y un 30-40% de cuadros de deterioro cognitivo-demencia, con importantes trastornos psicológicos y conductuales asociados, que hacen expresamente difícil su manejo. Es decir, el componente hostelero y convivencial, ha sido ampliamente superado por el emergente componente sanitario o asistencial (*Guillén Llera 1998*).

Estos cambios han provocado un espectacular desarrollo por parte de los centros residenciales, encontrándose en la actualidad algunas residencias que muestran escasas diferencias en cuanto a equipamientos y tecnologías con respecto a centros de la red de salud. Este aumento del componente asistencial de las Centros Residenciales ha originado que las plantillas hayan debido adecuarse, sufriendo una profunda transformación, tanto cuantitativamente en el área técnico asistencial, que capitaliza el 60-70 % de los recursos humanos totales, como cualitativamente, exigiendo un grado de formación, desarrollo y especialización creciente.

Actualmente los centros residenciales se sustentan sobre tres pilares básicos e interdependientes: alojamiento-manutención (servicios hosteleros), desarrollo personal, convivencia e integración social, y por último, atención sanitaria integral, en los que alcanza su máxima expresividad el equipo de trabajo interdisciplinar.

La actividad asistencial que se lleva a cabo en los centros residenciales se sustenta al menos en cuatro áreas fundamentales:

- Valoración Geriátrica Integral e interdisciplinar: con el desarrollo de un plan de atención integral para cada residente.
- Actividades preventivas.
- Atención a las actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria.
- Detección, seguimiento y control de los síndromes geriátricos y de las enfermedades más prevalentes.

El usuario actual de los centros residenciales, con unas características tan complejas y heterogéneas, hace que un modelo asistencial dicotómico, estrictamente sanitario o estrictamente social, no sea capaz de dar respuestas completas e integrales a las necesidades y demandas asistenciales globales de éstos (*Alastruey Ruíz 2008*).

Desde el punto de vista organizativo este modelo dicotómico (social-sanitario) de los centros residenciales ha provocado una amplia heterogeneidad entre los centros, varios de ellos con carga asistencial importante y en cambio con escaso desarrollo del componente sanitario (claramente insuficiente en tiempo de cobertura, así como en formación del personal). Esta heterogeneidad dificulta enormemente el desarrollo de programas efectivos de colaboración (como se ha comprobado por los Equipos de Asistencia Geriátrica actuales), provocando que desde las residencias se asuma muchas veces esta colaboración como un sustituto mismo de esa cobertura médica, en detrimento de programas de integración más amplia (aplicados en centros con mejor dotación sanitaria) (*Guil Sánchez 2011*).

Por todo ello, una condición “sine qua non” para poder poner en marcha modelos de colaboración con los Servicios de Geriatría de referencia es el desarrollo de una categorización o clasificación de los diferentes centros residenciales, de forma que el programa de colaboración se ajuste a las características del centro residencial correspondiente (*Ouslander & Berenson 2011*).

Desde la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, y de forma coordinada con las Consejerías implicadas, se propuso desarrollar un sistema de categorización o Clasificación de todas las Residencias de Mayores de la Comunidad de Madrid, tanto públicas, como concertadas y privadas, determinada por los recursos humanos, materiales y tecnológicos que oferta dicha residencia, así como por los programas y protocolos asistenciales con los que cuente su cartera de servicios. Según la pertinente categorización en función de los recursos disponibles en el propio centro residencial se establecerían los diferentes grados de coordinación con los dispositivos de Geriatría de referencia.

Entendemos que sólo así se podrá llegar al desarrollo de los objetivos asistenciales propuestos en este documento, ya que sin esa estratificación de los servicios a ofertar a los diferentes centros residenciales en función de su categorización, la atención por parte de los Equipos de Geriatría podría abocar en un fracaso y colapso de los mismos, e incluso llegar a provocar una dejación de funciones asistenciales por parte del centro residencial, con la sobrecarga secundaria del propio Sistema Sanitario y las pertinentes consecuencias desde el punto de vista de gestión asistencial.

4.2. Relación de los Centros Residenciales con AP y Especializada

4.2.1. **Relación de los centros residenciales con Atención Primaria.**Las personas ingresadas en las Residencias son también usuarios del Sistema Nacional de Salud, con los mismos derechos y deberes que cualquier otro. Todo ello al amparo del Real Decreto 63/1995 de 20 Enero (BOE Nº 35.10-02-95) de “Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud“. Por lo tanto, todas las personas que viven en las Residencias tienen asignado un médico del Centro de Salud que corresponde al centro residencial. Además tienen un Centro de Especialidades y un Hospital de referencia para casos de urgencia, consulta de especialistas y realización de pruebas complementarias.

La atención sanitaria de los centros residenciales ha sido proporcionada desde antiguo en coordinación con los servicios de salud, mediante convenios específicos, fundamentalmente anteriores a las transferencias de las competencias sanitarias del Estado a las Comunidades Autónomas. Por lo tanto, se trata de convenios suscritos en su día entre diferentes entidades y organismos de la Administración del Estado que necesitan su revisión y ampliación para adaptarse al nuevo marco jurídico normativo, y a las nuevas necesidades sociales y de demanda de los ciudadanos.

En los aspectos puramente asistenciales, la actividad sanitaria que se presta en las residencias abarca el ámbito competencial de Atención Primaria, a la que se suman aspectos específicos de la atención geriátrica ya desarrollados previamente en el texto. Es decir, la actividad asistencial realizada en los centros residenciales, es prácticamente coincidente con Atención Primaria.

4.2.2. **Problemas derivados de la dependencia funcional del Centro de Salud correspondiente - Relación con Atención Primaria.** A la llegada de un paciente al centro éste es asignado a un médico del Centro de Salud correspondiente. Puede ser que los usuarios de una misma residencia estén repartidos entre varios de los médicos del Centro de Salud con los problemas que esto conlleva (diferentes criterios de prescripción, diferentes horarios de acceso,…). Este trámite suele ir acompañado de la remisión por parte de la residencia de un historial con antecedentes y tratamiento del residente. Dicho usuario queda de alta en el cupo del Médico y del Enfermero correspondiente del Centro de Salud, por el que se les remunera mediante el complemento TIS. Sin embargo, cuando se da un aviso al Médico y Enfermero del Centro de Salud ante una contingencia imprevista, no siempre la respuesta es todo lo ágil y dinámica que sería deseable.

La falta de una normativa vigente hace que este sistema se articule sobre “acuerdos de buena voluntad” y por tanto todo el funcionamiento de estos mecanismos depende exclusivamente del buen hacer por ambas partes. Todo ello provoca una falta de coordinación entre el personal sanitario de las residencias (médicos, enfermeros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, etc.) y sus respectivos Centros de Salud, que les permitiese optimizar determinados recursos comunes como la formación continuada, docencia, participación en programas y protocolos, y compartir objetivos comunes (uso racional, adecuar los perfiles de prescripción con indicadores específicos para ancianos, etc.).

4.2.3. **Relación de los centros residenciales con Atención Especializada.** Por otra parte, la solicitud de consultas a servicios de Atención Especializada suele ser la norma, capitalizando casi el 100% de las interconsultas o derivaciones que se llevan a cabo desde el ámbito residencial, fundamentalmente a Cardiología, Neurología, Geriatría, Traumatología, Oftalmología, Medicina Interna, Psiquiatría-Salud Mental, Gastroenterología, Dermatología y Otorrinolaringología. Así mismo, la atención urgente, durante los periodos en los que no existe cobertura propia del centro residencial, es prestada por el Servicio de Urgencias SUMMA-112, xxxxxdel SERMAS. También en ocasiones los centros residenciales tienen capacidad de responder con solvencia a determinados procesos que son competencia de la Atención Especializada en el ámbito de los cuidados continuados o prolongados y a procesos como cuidados paliativos, problemas cognitivos y conductuales, epilepsia, alimentación-nutrición.

4.2.4. **Problemas derivados de la falta de coordinación y/o contacto directo con Atención Especializada - Relación con Atención Especializada.** Es preciso derivar al residente al Centro de Salud o bien enviar a personal auxiliar para solicitar la correspondiente consulta al Médico de Atención Primaria para que a través del Programa de Interconsultas SCAE las lleve a cabo.

La comunicación con el Hospital de Referencia no siempre es la adecuada, sobre todo con determinados servicios hospitalarios con los que el usuario de los centros residenciales tiene un estrecho contacto. Mediante la realización planificada entre ambos centros de exploraciones complementarias (radiología, laboratorio, etc.) (*Fernández Alonso 2010; Ouslander et al 2011*); evitar derivaciones innecesarias a consultas externas del hospital; y planificar altas hospitalarias de una forma más coordinada y posiblemente con una mayor agilidad, así como garantizar la continuidad asistencial entre estos niveles asistenciales.

La coordinación entre el personal sanitario (médicos, enfermeros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, etc.) de la residencia y el hospital de referencia, tiene un gran margen de mejora, lo que permitiría llevar a cabo formación continuada específica, docencia, participación en programas y protocolos comunes y compartir objetivos, etc. (*Díaz Gegúndez 2011*).

Existían ya en nuestro medio resultados significativos en cuanto a la repercusión de programas de intervención en residencias geriátricas (*Nieto Blanco 2008; Sicras-Maimar 2007*) a los que se ha añadido recientemente los obtenidos desde servicios de Atención Domiciliaria (*Díaz-Gegúndez 2011*). Después de 3 años de implantación del programa, se objetiva que en las residencias geriátricas donde se intervenía (respecto a las de control) se disminuía la frecuentación a urgencias, la tasa de ingresos hospitalarios urgentes, el gasto farmacéutico, y el número total de recetas emitidas, todo ello con un coste total reducido.

4.3. Objetivos para la mejora en la coordinacion entre centros residenciales y Atención Geriátrica Especializada

Los objetivos principales son

- Integrar y coordinar de forma eficiente la asistencia sanitaria de los centros residenciales con la asistencia sanitaria general.
- Categorizar los Centros residenciales en función de los recursos disponibles.
- Establecer sistemas de coordinación entre el medio residencial con Atención Primaria y Especializada, a través del Equipo de Geriatría correspondiente.

4.4. Estrategias de mejora

Se propone establecer las siguientes estrategias

4.4.1. **Identificar los centros residenciales dependientes de cada área geográfica** y asegurar que todas ellas tienen establecidos circuitos de coordinación y derivación con el/los Hospital/es de Referencia. El Hospital contará con la información referente al centro residencial y al número de usuarios asignados al mismo, datos de recursos médicos, personal de enfermería, turnos, capacidad para realizar determinadas actuaciones médicas.

4.4.2. **Las residencias contarán con equipos multidisciplinares** estableciendo unos requisitos mínimos en cuanto a recursos personales, materiales y de formación, categorizándose en diferentes grupos según la cartera de servicios ofertada. El grado de coordinación se realizará en función de dichas categorías. De esta forma, en residencias de la categoría más elevada se podrán desarrollar programas más ambiciosos (capacidad de prescripción, telemedicina, acceso a medicación de uso hospitalario, alta hospitalaria precoz) que en residencias con menor oferta de servicios.

4.4.3. Todos los centros residenciales contarán con un **Geriatra Consultor** preferiblemente con base de implantación hospitalaria. En una segunda fase podría plantearse la implementación de un Equipo Consultor de Geriatría, compuesto por un médico geriatra y un profesional de enfermería con formación específica en Geriatría, y con capacidad de trasladarse al Centro Residencial si fuera necesario para la valoración de los pacientes

4.4.4. Desarrollo de una Historia Clínica adaptada al paciente anciano, común para toda la Comunidad de Madrid y accesible tanto desde AP, como Especializada, como centros residenciales. Determinar y facilitar medios de comunicación entre hospital y el centro residencial mediante contacto telefónico directo, correo electrónico. Facilitar el uso de tecnologías de información y comunicación (telemedicina) en aquellos centros con categorías elevadas según los correspondientes Estándares de Calidad.

4.4.5. **Elaboración de protocolos comunes** para el manejo de patologías muy prevalentes, con criterios de derivación y tratamiento extrahospitalario. Protocolización de enfermedades infecciosas de especial prevalencia en los pacientes institucionalizados, procesos de insuficiencia de órgano terminal, procesos de recuperación funcional tras patología médico-quirúrgica aguda. Estos protocolos serán puestos en marcha en aquellos centros con recursos sanitarios adecuados y serán consensuados con el residente y/o la familia del mismo (Cruz-Jentoft 2009).

4.5. Propuesta Estructura Organizativa

El Geriatra Consultor para Centros Residenciales realizará fundamentalmente una función de coordinación entre los centros residenciales y el medio hospitalario con los siguientes objetivos:

Objetivos generales:

- Evitar traslados innecesarios tanto al servicio de Urgencias como a las consultas de diversos especialistas hospitalarios.
- Conseguir en una sola consulta, la valoración clínica, funcional y mental, de forma que al mismo tiempo que se valoran sus patologías principales, se ajusten tratamientos, que por numerosos (habitualmente prescritos por distintos especialistas) en ocasiones son incompatibles, y se evalúe su situación funcional y cognitiva, interviniendo en éstas áreas cuando sea necesario (García Navarro 2011).

Objetivos específicos:

- Elaborar un documento consensuado de derivación desde el medio residencial hacia cualquier nivel asistencial sanitario, sea de Atención Primaria o Especializada.
- Disminuir las derivaciones innecesarias a Urgencias.
- Coordinar y controlar el traslado a las consultas de otras especialidades, evitando duplicidades (Ruipérez Cantera 2011).
- Disminuir la polifarmacia (Sicras Maimar 2007).

El Equipo Consultor de Geriatría para Centros Residenciales, con capacidad de trasladarse al Centro Residencial si fuera necesario para la valoración de los pacientes, la presencia de una enfermera especializada permitirá que se adopten las siguientes funciones:

- Realización de visitas programadas de acuerdo con los médicos de las residencias (dependiendo del volumen y complejidad de las mismas) que se harían con una frecuencia de una, dos o tres veces al mes. En estas visitas, la valoración tendría lugar de la misma manera que se realizaría en una consulta externa (pudiendo estar presentes los familiares). En una misma visita se realiza la valoración geriátrica integral atendiendo además diversos problemas agudos o crónicos que de otra forma, hubieran generado varias consultas hospitalarias en diversos especialistas.
- En caso de que la patología del paciente precise la realización de alguna prueba complementaria, el geriatra coordinaría los trámites administrativos necesarios para programar la cita, solicitar ambulancia…y facilitaría los resultados de dicha prueba en la siguiente visita a la residencia.
- Programar técnicas que se realicen en el hospital de otras especialidades, tanto diagnósticas (endoscopias, ecografías...) como terapéuticas sujetas a cirugía ambulatoria (gastrostomías).
- Elaboración de protocolos comunes para el manejo de diferentes patologías frecuentes, con criterios de derivación y tratamiento extrahospitalario.
- Efectuar, en un medio de colaboración y ayuda mutua, una eficaz formación sanitaria del personal de las residencias.

CAPITULO III: RELACIÓN CON SERVICIOS MÉDICOS Y SERVICIOS DE URGENCIAS

Coordinador

Alfonso J. Cruz Jentoft. Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Grupo de Trabajo

Cristina Bermejo Boixareu. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

María Jesús Gayoso Orol. Hospital Virgen de la Poveda.

Gregorio Jiménez Díaz. Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

Rocío Menéndez Colino. Hospital Universitario La Paz

María Jesús Molina Hernández. Hospital Universitario Severo Ochoa.

Ángela de Tena Fontaneda. Hospital del Sureste.

1.- IDEAS CLAVE

- Medicina Interna y Geriatría son especialidades afines y complementarias por lo que es muy conveniente establecer un marco de colaboración entre ambas, para que cada una se ocupe preferentemente de aquellos pacientes o niveles asistenciales en los que resulte más eficaz y eficiente, siempre de manera constructiva.
- Los pacientes que ingresan en nuestros hospitales en general son cada vez más ancianos y más frágiles. La consecuencia inmediata es que todos los servicios deben adaptarse a estas características si desean mejorar la calidad de la asistencia a dichos pacientes. Para ello es necesario modificar los enfoques y procedimientos tradicionales, aplicando formas adaptadas de la valoración geriátrica integral (VGI), al menos en determinados pacientes seleccionados.
- Los Servicios de Geriatría y los geriatras deben ser promotores, catalizadores y cooperadores de este cambio en el enfoque asistencial, como expertos en la VGI, en el manejo de pacientes de alta complejidad y en la toma de decisiones en escenarios complejos. Esto es especialmente cierto en los pacientes hospitalizados, ya que la eficacia de la Geriatría aumenta con la complejidad, gravedad y fragilidad de los pacientes.
- Los geriatras de todos los hospitales deben promover de forma urgente medidas tanto formativas como de modificación de los protocolos asistenciales, basadas en la evidencia científica, que permitan mejorar de forma gradual la asistencia general prestada a los pacientes mayores. Esto es especialmente importante en la prevención de la dependencia funcional (movilización precoz, incorporación de la rehabilitación a los procesos), la atención nutricional o el delirium.
- Los Servicios de Urgencias, inicialmente diseñados para atender pacientes con patologías únicas y graves se enfrentan ahora a pacientes con enfermedades múltiples, reagudizaciones de enfermedades crónicas y situaciones invalidantes.
- La utilización de los servicios de Urgencias aumenta con la edad. Los pacientes mayores de 65 años representan habitualmente al menos un 30-35% de las atenciones. Se espera que con los cambios demográficos este porcentaje aumente en los próximos años.

- El paciente mayor utiliza los SUH mejor que el adulto más joven, siendo más probable que la causa de la visita sea una enfermedad grave y siendo clasificados con mayor frecuencia con un nivel de atención de muy urgentes y urgentes que la población adulta.
- Los pacientes mayores vistos en los SUH habitualmente están más enfermos, con unas tasas de ingreso que suelen triplicar la de los adultos más jóvenes (alrededor del 25% de los mayores que llegan a un SUH tienen una enfermedad que precisa del ingreso hospitalario, frente al 8% de los menores de 65 años).
- El personal de los SUH habitualmente precisa una formación adecuada que le capacite para atender eficazmente las necesidades especiales de este grupo de pacientes. Hay problemas de alta prevalencia en el mayor que no se detectan como el delirium (que lo presentan al menos el 10% de los mayores que están en un SUH) y el deterioro cognitivo (presente en un 16-22%). Sin embargo sólo el 28-38% de los casos de deterioro cognitivo y el 16-36% de casos de delirium son detectados por los médicos de Urgencias. Eso es especialmente grave en el delirium, que es un marcador de mala evolución y mortalidad.
- Los programas de valoración geriátrica integral (VGI) han demostrado mejorar los resultados de salud en el mayor frágil en diferentes ámbitos incluidos los SUH.
- La VGI es un instrumento óptimo para definir la ubicación más adecuada para la atención de calidad al paciente cuando salga del SUH, consiguiendo un aumento de derivaciones a otros recursos y evitar ingresos hospitalarios innecesarios.

2.- COLABORACIÓN DE GERIATRÍA CON MEDICINA INTERNA Y LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS

2.1. Introducción

La Geriatría es, por su naturaleza, una especialidad médica y generalista. En sus orígenes guardaba una relación íntima con la Medicina Interna, si bien con el aumento del conocimiento científico se ha ido diferenciando, definiéndose progresivamente su marco de actuación e identificándose aquellos pacientes que obtienen mejor beneficio con una asistencia geriátrica especializada que con una asistencia tradicional de Medicina Interna. No en vano ésta última ha sido el comparador habitual de todos los estudios aleatorizados sobre el efecto de la Geriatría. En muchos países europeos, la Geriatría es una subespecialidad de la Medicina Interna. Dada la relación íntima entre ambas disciplinas, es muy conveniente establecer un marco de colaboración entre ambas, para que cada una se ocupe preferentemente de aquellos pacientes o niveles asistenciales en los que resulte más eficaz y eficiente, siempre de manera constructiva.

Las especialidades médicas de órgano (Cardiología, Neumología…) pertenecen también al grupo de disciplinas médicas, si bien su actuación se centra preferentemente en torno a pacientes con patologías únicas (frente al manejo de pluripatología de las especialidades generalistas), en muchas ocasiones con un fuerte uso de diversas técnicas diagnósticas y terapéuticas. La relación entre Medicina Interna y las especialidades de órgano ha sido desde hace tiempo motivo de debate académico y organizativo. La Geriatría ha empezado también, en dicho marco, a definir progresivamente su propia relación con las especialidades de órgano. Esta relación es diferente a la de Medicina Interna en algunos aspectos, pero muy especialmente en aquellos relacionados con la incapacidad física y mental.

El número y el porcentaje de pacientes mayores están creciendo en todos los servicios del área médica, y es previsible que este fenómeno se mantenga en el tiempo. Además, los pacientes mayores ingresados en cualquier servicio hospitalario son cada vez más complejos en cuanto al número de enfermedades, las características de éstas (específicamente de las mal llamadas degenerativas), el número de fármacos usados (y de reacciones adversas), la presencia de síndromes geriátricos o formas de enfermar atípicas, el grado de incapacidad física y mental, y la imbricación de los aspectos sociales en la enfermedad. La consecuencia inmediata es que todos los servicios deben adaptarse a estas características si desean mejorar la calidad de la asistencia a dichos pacientes. Para ello deben modificar sus enfoques y procedimientos: la literatura señala que un paso básico es la aplicación de formas adaptadas de la valoración geriátrica integral (VGI), al menos en determinados pacientes. Los beneficios específicos de la VGI en pacientes hospitalizados se han descrito anteriormente.

Los Servicios de Geriatría y los geriatras deben ser promotores, catalizadores y cooperadores de este cambio en el enfoque asistencial, como expertos en la VGI, en el manejo de pacientes de alta complejidad y en la toma de decisiones en escenarios complejos. Esto es especialmente cierto en los pacientes hospitalizados, ya que la eficacia de la Geriatría aumenta con la complejidad, gravedad y fragilidad de los pacientes (*Warshaw 2008*).

Resulta obvio que es preciso definir y profundizar en la relación entre los Servicios de Geriatría y otros servicios médicos. A priori, la relación con Medicina Interna se antoja fundamental por el grado de afinidad entre las dos especialidades, pero la relación con otras especialidades no puede tampoco demorarse, ya que el número de pacientes que precisan cambios en la atención e ingresan en dichos servicios está creciendo y planteando problemas específicos (por ejemplo, en Nefrología a la hora de tomar decisiones sobre diálisis, o en Oncología para las decisiones sobre tratamientos intensivos). El otro plano a considerar son las características de cada uno de los hospitales, no tanto en cuanto a la necesidad de que todos dispongan de especialistas en Geriatría (algo tan obvio como indicar que necesitan cardiólogos), sino en considerar si se trata de hospitales terciarios, secundarios o comarcales, o de apoyo (éstos se discuten en un apartado específico).

2.2. Coordinación entre Geriatría, Medicina Interna y Otras Especialidades Médicas

2.2.1. **Enfermos agudos hospitalizados en Medicina Interna y Geriatría**. Los diagnósticos más frecuentes que motivan la hospitalización en las personas mayores son la insuficiencia cardiaca, las enfermedades pulmonares crónicas y agudas, los accidentes cerebrovasculares, las fracturas de cadera, las infecciones urinarias y las enfermedades neoplásicas. Estos pacientes ingresan habitualmente en todos los servicios médicos, pero predominantemente en Medicina Interna y Geriatría.

La evidencia muestra, como se indicó en la primera parte del plan, que el ingreso en el Servicio de Geriatría aumenta un 25% las posibilidades de que un paciente mayor ingresado a través de Urgencias esté vivo y viviendo en su casa al cabo de seis meses, frente al ingreso en otros servicios médicos, y lo hace de forma coste-efectiva (*Baztan 2009*). La mortalidad y el deterioro funcional también se reducen, y mejora la situación mental. Si se tomaran estos datos de forma directa, todos o la mayoría de las personas mayores deberían ingresar en una unidad de agudos de Geriatría (*Van Craen K 2010*). Es evidente que esto no es factible en la actualidad, en la Comunidad de Madrid ni lo va a ser en un plazo de tiempo muy largo. En consecuencia, la única actitud plausible para mejorar la calidad de la atención a las personas mayores hospitalizadas en el área médica es utilizar tres vías:

1. Seleccionar a aquellos pacientes que puedan obtener el máximo beneficio del ingreso en Geriatría.
2. Incorporar mediante formación continuada herramientas de valoración geriátrica exhaustiva en los demás servicios médicos, de manera que mejore la atención general de los mismos.
3. Reforzar la interconsulta por geriatras en los servicios médicos, con una labor tanto asistencial como formativa.

La literatura científica muestra que existen algunos pacientes que se benefician en mayor grado o con mayor probabilidad de la intervención geriátrica, especialmente aquellos que tienen un mayor riesgo de sufrir una discapacidad de nueva aparición a raíz del ingreso hospitalario (*Warshaw 2008*). Existen además algunos cuadros específicos para los que el geriatra se encuentra mejor preparado que otros especialistas, como el delirium, el deterioro cognitivo, la malnutrición, la polifarmacia o las caídas y trastornos de la marcha y la movilidad (*Vidán MT 2008, Vidán MT 2009*).

Los factores que predicen mejor la discapacidad son, en la mayoría de los estudios: la edad muy avanzada (mayores de 80 años), la dependencia previa para AVD instrumentales o básicas, el deterioro cognitivo, la pérdida de visión y audición, los ingresos hospitalarios o visitas a Urgencias recientes, la malnutrición y la falta de soporte social. Aunque no existe un acuerdo absoluto sobre la manera de elegir a los pacientes preferentes de Geriatría, la Comisión Nacional de la Especialidad de Geriatría considera entre los más importantes la edad (generalmente mayor de 75 años), la pluripatología, alto riesgo de dependencia, presencia de patología mental acompañante o predominante y presencia de problemática social en relación con su estado de salud.

Estos criterios generales son quizás demasiado amplios. Además de lo referido en el apartado de Urgencias, más adelante, se propone el uso de los siguientes criterios:

Tabla 3.1 Criterios de ingreso en las Unidades de Agudos de Geriatría

Edad cronológica: - mayores de 80 años - prioritariamente mayores de 85 años
Situación funcional: - deterioro funcional reciente (pérdida de AVD en las dos semanas previas) - deterioro funcional moderado (para AVD básicas) - deterioro de la marcha reciente
Complejidad médica: - problemas médicos complejos (multimorbilidad, enfermedades avanzadas, polimedicación, inmovilidad) - complejidad psicomédica (depresión, demencia) - problemas socioeconómicos, familiares, éticos - cuidados paliativos o del final de la vida
Problemas geriátricos: - fragilidad, vulnerabilidad - síndromes geriátricos - deterioro de la salud o funcional inexplicado - malnutrición
Aspectos organizativos: - ingresos previos en Geriatría - seguimiento en otros niveles asistenciales geriátricos

* adaptados de Warshaw et al, Mehta et al

Estos criterios generales se pueden utilizar para asignar los pacientes pendientes de ingreso a Medicina Interna o a Geriatría, junto con otras consideraciones locales (número de camas de cada Servicio, sobrecarga asistencial, disponibilidad de unidades especiales…). En caso de duda, probablemente la prioridad fundamental deba asignarse a los pacientes con deterioro funcional reciente potencialmente reversible, ya que son los que mayor beneficio pueden obtener (*Mehta KM 2011*). Evidentemente, a todo lo anterior se debe sumar la indicación de ingreso hospitalario (ver sección sobre el Servicio de Urgencias).

2.2.2. **Interconsulta geriátrica y soporte a los demás servicios médicos**. Las interconsultas por parte del equipo del Servicio de Geriatría en otros servicios médicos han demostrado también mejorar resultados de salud en determinados estudios (especialmente en el ámbito de la Ortogeriatría), aunque su valor es menos evidente que las unidades de agudos y podría ser limitado. Sin embargo las interconsultas son una herramienta habitual en nuestros hospitales, de las que se pueden obtener beneficios tanto asistenciales como formativos del personal del servicio de destino. Las interconsultas deben ser realizadas por geriatras integrados en un servicio o equipo de Geriatría, ya que su efectividad se reduce cuando se realizan por geriatras que trabajan de forma aislada.

La población diana de las interconsultas será la que se define más adelante en el apartado de Urgencias. La iniciativa de la interconsulta debe partir del servicio médico de origen. En condiciones ideales, el Servicio de Geriatría realizará una labor educativa mediante sesiones clínicas y relaciones personales para explicar la indicación de estas interconsultas. En la actualidad no es previsible disponer a corto o medio plazo de medios que permitan realizar un cribado sistemático en los servicios médicos.

La interconsulta puede ser de dos tipos generales:

1.- Interconsulta de valoración clínica, con seguimiento si procede. El servicio de origen busca una evaluación de determinados problemas o del paciente global en relación con problemas no manejados por dicho servicio, para establecer un plan de cuidados o permitir una toma de decisiones más apropiada en pacientes complejos.
2.- Interconsulta de valoración de indicación de una derivación. El servicio de origen busca una evaluación que permita saber si el paciente puede beneficiarse de una estancia en un hospital de apoyo u otros niveles asistenciales. No sustituye a la labor de los trabajadores sociales (habitualmente integrados en el Servicio de Atención al Paciente) ni es imprescindible que gestione los recursos; sino que persigue valorar con mayor precisión las indicaciones sobre el recurso más eficiente. Cumple así el papel de interlocutor cuya demanda se describe cuando se trata de los hospitales de apoyo.

La labor cotidiana de los equipos geriátricos en otros servicios puede modificar progresivamente muchos procedimientos tanto médicos como de otros profesionales mediante la formación directa. Algunas áreas específicas de actuación son promover la movilización precoz, el cuidado nutricional o la atención a los pacientes con delirium o demencia.

2.2.3. **Consultas externas de Geriatría**. En la práctica común, las consultas externas (tanto hospitalarias como en ambulatorios) buscan prestar asistencia a los pacientes que no precisan hospitalización. Aunque existen algunas variantes de consultas de distintos servicios que cooperan de forma estructurada (p.ej. las de Anestesia y Cirugía), en el ámbito médico funcionan en general de forma aislada, y no es previsible un cambio a corto plazo en el modelo organizativo.

No todos los hospitales con recursos asistenciales geriátricos disponen de consultas de Geriatría, algo que debería ir corrigiéndose con el tiempo, ya que no se concibe un Servicio del área médica sin dicho dispositivo asistencial. Desde el punto de vista de la cooperación entre Geriatría y otros servicios médicos, el único aspecto fundamental es la definición precisa de los criterios que indican la evaluación en las consultas. Los planes estratégicos de cada especialidad definirán dichos criterios. En Geriatría, los criterios de consulta deben en principio ser los mismos para todos los pacientes, provengan de Atención Primaria (es la norma) o de otros servicios hospitalarios, con pocas excepciones.

No existen hasta el momento criterios bien validados de adecuación de derivación a consultas externas. Se propone el uso de los siguientes:

Tabla 3.2 Criterios de derivación a las Consultas Externas de Geriatría

– Mayor de 75 años. – Posibilidad de desplazamiento al hospital. – Dificultad de manejo en Atención Primaria u otras especialidades. – Deterioro físico o mental de causa desconocida tras una primera evaluación. – Pluripatología crónica o invalidante. – Polifarmacia. – Desnutrición moderada o grave. – Deterioro físico agudo o crónico, dependencia potencialmente reversible. – Deterioro agudo o crónico de las funciones mentales o el estado de ánimo. – Incontinencia urinaria y/o fecal. – Trastorno o enlentecimiento de la marcha, caídas repetidas. – Problema social que interfiera con el cuidado de las enfermedades.

* adaptados de (*Sánchez Lozano, 1998*).

La implantación de uno criterios homogéneos resulta fundamental para poder abrir las consultas de la especialidad de Geriatría a la libre elección por parte del usuario, que es un objetivo declarado de la Consejería de Sanidad de Madrid.

Los criterios de calidad para la creación y funcionamiento de las consultas de Geriatría han sido definidos con gran precisión por la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (*Serra Rexach JA 2007*).

2.2.4. **Consultas específicas o cooperativas**. Las consultas de Geriatría, en función de los recursos disponibles o los intereses clínicos y de investigación, han desarrollado en muchos hospitales consultas monográficas de determinadas patologías (memoria/demencias, caídas, incontinencia, insuficiencia cardiaca). Esto es legítimo y debe promoverse cuando sea posible, si bien podría valorarse el desarrollo específico de algunas de estas consultas en determinados hospitales que sirvan de referencia para toda la Comunidad de Madrid, lo que permitiría una optimización de los recursos.

En el tema tratado, sería deseable promover el desarrollo de consultas monográficas multidisciplinarias para determinadas patologías. Se proponen aquí algunas posibilidades dentro del área médica.

Tabla 3.3 Modelos de colaboración entre Geriatría y otros servicios médicos mediante consultas monográficas multidisciplinarias

Consulta	Servicios implicados
Dolor	Unidad del Dolor
Incontinencia fecal	Gastroenterología, Cirugía General
Insuficiencia cardiaca y riesgo cardiovascular	Cardiología, Endocrinología Medicina Interna
Malnutrición	Gastroenterología, Nutrición clínica
Memoria /deterioro cognitivo	Neurología, Psiquiatría
Oncogeriatría	Oncología
Patología osteoarticular	Rehabilitación, Reumatología, Cirugía Ortopédica
Prediálisis en ancianos	Nefrología
Psicogeriatría	Psiquiatría
Trastornos de la marcha y caídas	Neurología, Rehabilitación

Por supuesto, existen otras consultas monográficas en cooperación con servicios quirúrgicos (incontinencia, úlceras por presión) que no se tratan aquí.

Los principios generales que deben regir el desarrollo de estas consultas en cada hospital son la oportunidad, la eficiencia en la utilización de recursos, la mejora potencial de resultados de salud o función, y la prevención de dependencia. Han de estar justificadas por la prevalencia, incidencia e importancia de las enfermedades a tratar.

2.3. Estrategias para la Mejora de La Calidad de La Coordinación Entre Geriatría y los Servicios Médicos

La situación de la relación entre Geriatría y Medicina Interna y entre Geriatría y otras especialidades médicas es muy heterogénea en los distintos hospitales. Esta situación no es conveniente, pero ofrece un abanico de experiencias de las que se pueden escoger las más apropiadas o de mejor rendimiento para transferirlas a hospitales que presenten problemas o no hayan desarrollado aún dichas relaciones. Teniendo en cuenta que el objetivo fundamental es ofrecer una atención más eficiente y de mejor calidad a los pacientes mayores, pueden enunciarse algunos principios generales y ciertas estrategias que pueden considerarse prioritarias o recomendables y pueden servir como marco para la toma de decisiones.

2.3.1. Estrategia 1. **Fomento de la equidad y reducción de las desigualdades**. El hecho de que existan desigualdades en la forma de asistencia en función del área de residencia o el hospital de ingreso supone desigualdad e ineficiencia: o existen usuarios mayores que no reciben una atención de la mejor calidad, o bien se están usando determinados recursos de forma no eficiente.

Por tanto, los criterios de ingreso hospitalario en Unidades de Agudos de Geriatría y los criterios de derivación a las consultas externas de Geriatría deben ser comunes para todos los hospitales y sectores sanitarios de Madrid. Esto permitirá una definición clara de los pacientes atendidos y reducirá las dificultades que puedan surgir en la relación con especialidades limítrofes, estableciendo un marco de acuerdo con las mismas.

Evidentemente, esto no supone que los recursos en todos los hospitales tengan que ser los mismos. Cuando exista un Servicio de Geriatría, los criterios se aplicarán para el ingreso en dicho Servicio. Cuando los geriatras estén integrados en Departamentos de Medicina en los hospitales de menor tamaño, definirán los pacientes ingresados o de consulta que se les asignarán prioritariamente a ellos. Lógicamente, es previsible que a medio plazo los hospitales de similares características dispongan de recursos similares.

2.3.2. Estrategia 2. **Valoración sistemática y asignación temprana de los pacientes al recurso adecuado**. Una vez establecidos los criterios de asignación de los pacientes a cada especialidad, estos criterios deben utilizarse de forma precoz en el curso de la enfermedad. Esto permitirá una definición clara de los pacientes atendidos y reducirá las dificultades que puedan surgir en la relación con especialidades limítrofes, estableciendo un marco de acuerdo con las mismas. Uno de los motivos habituales de conflicto entre especialidades limítrofes son los pacientes que han sido atendidos durante un tiempo por una disciplina, que considera agotado su camino y solicita o exige la transferencia del paciente a otra especialidad, que puede considerar que la indicación no está clara. Los traslados entre especialidades son una conocida fuente de discusión.

El uso precoz de los criterios de ingreso (especialmente en pacientes agudos, en quienes debe evaluarse en el mismo momento del ingreso, pero también en pacientes externos) permitirá asignar el control del proceso a la especialidad más apropiada. Puede definirse el papel de las interconsultas como la manera preferente de atención a los problemas detectados o surgidos en pacientes asignados de inicio a una determinada especialidad médica.

2.3.3. Estrategia 3. **Formalización y protocolización específica de la relación entre los Servicios de Geriatría y los de Medicina Interna**, con una delimitación precisa de las funciones. Medicina Interna y Geriatría son, como se explicó en la introducción, especialidades afines. A lo largo del tiempo, los Servicios de Medicina Interna y de Geriatría de cada hospital han ido evolucionando, de manera que existen situaciones diferentes en la relación entre ambas disciplinas en los distintos centros, desde la cooperación óptima hasta el conflicto, pasando por la indiferencia.

Los Servicios de Geriatría y Medicina Interna deben necesariamente aprender a trabajar juntos y en cooperación. Por tanto, en cada hospital debería promoverse, cuando no exista, una formalización de la relación entre ambos servicios, con una discusión franca de los recursos, intereses, fortalezas y necesidades de cada uno de ellos, teniendo como marco los planes estratégicos de cada especialidad. Esta formalización buscará la manera de prestar una atención de mayor calidad y eficiencia mediante la optimización de los recursos disponibles.

Cuando los Servicios de Geriatría y Medicina Interna trabajen como iguales, en dependencia de la Dirección Médica, esto no tiene que suponer un problema. Sin embargo, en los hospitales secundarios en los que Geriatría pertenece a un Departamento de Medicina, y considerando que (aunque puede darse en el futuro) en la mayor parte de estos Departamentos el responsable es un especialista en Medicina Interna, la formalización de dichos acuerdos se ve interferida por la dependencia jerárquica, que puede viciar el objetivo de buscar la calidad y eficiencia. Se recomienda que la Comunidad constituya un foro interhospitalario que defina claramente esta relación.

2.3.4. Estrategia 4. **Mejora de la calidad de la asistencia al mayor en todos los servicios médicos.** Puesto que una buena parte de la asistencia a los pacientes mayores será prestada por servicios médicos distintos a los de Geriatría, y dado que se ha demostrado que estos pacientes precisan de un enfoque diferente centrado en la valoración geriátrica integral para mejorar los resultados de la asistencia, se sigue que es imprescindible mejorar la asistencia de la atención al mayor en los servicios médicos mediante la implantación progresiva de herramientas basadas en la valoración geriátrica exhaustiva en dichos servicios.

Por tanto, los geriatras de todos los hospitales deben promover de forma urgente medidas tanto formativas como de modificación de los protocolos asistenciales, basadas en la evidencia científica, que permitan mejorar de forma gradual la asistencia general prestada a los pacientes mayores.

Algunas áreas específicas de actuación, en las que modificaciones pequeñas de los protocolos o hábitos de intervención y tratamiento pueden conseguir mejorías poblacionales significativas son la prevención de la dependencia funcional (movilización precoz, incorporación de la rehabilitación a los procesos), la atención nutricional (en algunos países europeos es obligado ya el cribado de todos los mayores en el momento del ingreso hospitalario) o el delirium (elevado nivel de evidencia de algunas medidas generales médicas y de enfermería o cuidados). En estos y otros casos se trata de algo que no puede demorarse por más tiempo.

Además de las medidas formativas, un aspecto a promover son las sesiones clínicas y reuniones multidisciplinares comunes entre Geriatría y Medicina Interna y otras especialidades médicas, junto con la promoción de la investigación conjunta entre varias especialidades en áreas de interés comunes.

2.3.5. Estrategia 5. **Refuerzo del papel de la Geriatría como soporte en la toma de decisiones en pacientes o situaciones complejas.** Muchas especialidades médicas, inicialmente desarrolladas para el manejo de enfermedades únicas, se encuentran ahora que dichas enfermedades se dan preferentemente en pacientes mayores complejos, en las que la comorbilidad y los aspectos funcionales juegan un papel al menos tan relevante como la enfermedad que tratan. Son ejemplos claros de este problema la decisión sobre utilizar diálisis o tratamiento conservador en la enfermedad renal terminal de personas de edad muy avanzada o gran complejidad, las decisiones sobre el inicio de tratamiento oncológicos (especialmente quimioterapia de gran toxicidad), o decisiones sobre indicaciones quirúrgicas en dichos pacientes complejos.

Los geriatras tienen una formación específica en el manejo de la complejidad, incluyendo en la ecuación los aspectos físicos, mentales, emocionales, sociales y económicos, en el marco de la ética, por lo que se encuentran bien equipados para colaborar en dichas decisiones. La literatura más reciente afirma que se espera un crecimiento muy rápido de la necesidad de implicación de los geriatras en la toma de decisiones clínicas de estos pacientes, por lo que debe considerarse una estrategia prioritaria. Cada hospital puede definir en qué grado de madurez está la situación en cada uno de los servicios médicos para establecer colaboraciones formales.

2.4. Recomendaciones Específicas

- Se establecerán en todos los hospitales los **criterios de ingreso en camas de agudos de Geriatría** definidos anteriormente. Estos criterios generales se utilizarán para asignar los pacientes pendientes de ingreso a Medicina Interna o a Geriatría, junto con otras consideraciones locales.
- La **decisión** sobre los criterios de ingreso de los pacientes agudos se tomará de forma precoz en el curso de la enfermedad de cada paciente, para reducir los conflictos entre especialidades en casos limítrofes.
- Se promoverá la **formalización de la relación entre los Servicios de Geriatría y Medicina Interna** en todos los hospitales que dispongan de ambos, con el objetivo de prestar una atención de la máxima calidad y eficiencia mediante la optimización de los recursos disponibles.
- Se constituirá un foro interhospitalario que definirá la imbricación, papel y **funciones de los geriatras** en los Departamentos de Medicina en los hospitales secundarios.
- La cooperación entre el Servicio de **Geriatría y los demás servicios médicos** en pacientes hospitalizados se vehiculará a través de los equipos de interconsultas. Los criterios de solicitud serán los utilizados para detectar pacientes de alto riesgo en los Servicios de Urgencias.
- Se promoverán **medidas formativas** y de modificación de los protocolos asistenciales, basados en la evidencia, para la mejora de la asistencia de la atención al mayor en los servicios médicos.
- Las interconsultas serán también la manera sistemática de decidir la **indicación de ingreso en los hospitales de apoyo**. Siempre que existan geriatras en un hospital, la indicación de la adecuación del traslado deberá ser establecida por ellos.
- Se abrirán progresivamente en todos los hospitales **las consultas externas de Geriatría,** en función de las capacidades y necesidades de la población atendida.
- Se establecerán en todos los hospitales los **criterios de derivación a las consultas externas de Geriatría** definidos anteriormente. Una vez implantados, se abrirán las mismas a la libre elección.
- Se promoverá la creación de **consultas interdisciplinarias con otros servicios médicos,** en función de las disponibilidades de cada hospital.
- Se acordarán **estándares de calidad** relevantes para medir los resultados asistenciales, de acuerdo con las Sociedades científicas y las asociaciones de mayores.

3.- COLABORACIÓN DE GERIATRÍA CON LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

3.1. Introducción

El progresivo envejecimiento de la población ha producido una serie de cambios en el perfil de la enfermedad al que se va adaptando lentamente el sistema de atención sanitaria. Los Servicios de Urgencias, inicialmente diseñados para atender pacientes con patologías únicas y graves se enfrentan ahora a pacientes con enfermedades múltiples, reagudizaciones de enfermedades crónicas y situaciones invalidantes. La población de edad más avanzada se caracteriza por tener con mayor frecuencia pluripatología, deterioro funcional agudo o subagudo y presentar un mayor riesgo de institucionalización.

Este cambio en el perfil del paciente tiene su reflejo en los Servicios de Urgencia hospitalarios (SUH), en los que los pacientes mayores de 65 años representan habitualmente al menos un 30-35% de las atenciones. La frecuentación de urgencias aumenta con la edad. Según la última Encuesta Regional de Sanidad de Madrid (2007), la frecuentación de Urgencias en mayores de 75 años es del 27,7% (siempre mayor en mujeres que en varones) con una frecuentación media del 20% para toda la población adulta. Sólo los grupos de 16 a 34 años se acercan en frecuentación a la población mayor. Además, en sólo seis años (de 2001 a 2007) la frecuentación ha subido un 8,4% en términos absolutos (del 19,3% al 27,7%). Resulta evidente que los Servicios de Urgencias y los hospitales tienen que ser capaces de afrontar este cambio rápido en el volumen de usuarios mayores.

Además, los pacientes mayores vistos en los SUH están habitualmente más enfermos: aunque las tasas de ingreso son variables, generalmente triplican la tasa de ingreso de los adultos más jóvenes (alrededor del 25% de los mayores que llegan a un SUH tienen una enfermedad que precisa del ingreso hospitalario, frente al 8% de los menores de 65 años). El SUH es la vía más habitual de entrada en el hospital en los pacientes mayores (dos tercios de los ingresos frente a un tercio de ingresos programados) y representa una interfase entre el hospital y la comunidad, que permite una atención rápida, eficaz y disponible 24 horas todos los días del año.

3.2. El Mayor en el Servicio de Urgencias

3.2.1. **Características generales de la utilización de los Servicios de Urgencias hospitalarios por los usuarios mayores.**

En contra de lo que muchos creen intuitivamente, la mayor parte de los estudios parecen reflejar que el paciente mayor utiliza los SUH mejor que el adulto más joven, siendo más probable que la causa de la visita sea una enfermedad grave y siendo clasificados con mayor frecuencia con un nivel de atención de muy urgentes y urgentes que la población adulta.

Los patrones generales de uso de los SUH por los pacientes mayores han sido bien descritos y parecen ser similares en la mayoría de los países occidentales. Estudios realizados en hospitales aislados, estudios multicéntricos y bases de datos multihospitalarias muestran unos patrones bastantes similares:

- Los mayores de 65 años representan un importante número de las asistencias en los Servicios de Urgencias (12-35%).
- Su estancia en los SUH es más prolongada (en ocasiones hasta un 50% más larga que la de los adultos) y consumen más tiempo del personal y más recursos.
- La tasa de ingreso hospitalario tras una visita al SUH es entre 2,5 y 4,6 veces la tasa de ingreso de los adultos jóvenes. Es también más probable que necesiten ingresar en Cuidados Intensivos.
- Los mayores llegan con mayor frecuencia al SUH en ambulancia. Esto supone que tienen mayor discapacidad, pero también que ha existido una asistencia previa por algún recurso extrahospitalario.
- Es más probable que los mayores sean derivados por su médico de atención primaria o por el personal sanitario de una residencia.
- Los motivos más frecuentes de consulta son los síntomas cardiopulmonares (alrededor de 11% de las visitas). El dolor abdominal, el vértigo y el deterioro inespecífico del estado general comprenden aproximadamente el 3% de los problemas.
- Los mayores presentan un mayor porcentaje de reingresos tras el alta hospitalaria, reingresos que generalmente suponen una nueva visita al SUH.

Resulta fácil comprender que todas estas características implican un gran impacto en la ya elevada presión asistencial de los SUH.

3.2.2. **Problemas específicos de los pacientes mayores en Urgencias.** La mayor parte de los problemas a los que se enfrenta el paciente mayor en los SUH es que el modelo de atención en Urgencias está diseñado para el paciente agudamente enfermo con enfermedades únicas, no para el paciente mayor médicamente complejo, con enfermedades crónicas reagudizadas y funcionalmente dependiente o en riesgo de sufrir dependencia.

Los problemas relacionados con esta disparidad son en muchos casos obvios. Resulta más difícil la recogida de información, ya que el paciente es visto como nuevo sin que generalmente el médico conozca completamente la historia médica, fármacos utilizados (un tercio de los ingresos son consecuencia del uso inapropiado de medicamentos) o circunstancias sociales porque, con mucha frecuencia, no existen adecuados sistemas de información que le permitan acceder a ella con rapidez.

A esto cabe añadir la frecuente dificultad de comunicación con un paciente mayor que tiene mayor probabilidad de sufrir un deterioro cognitivo, delirium o hipoacusia que los más jóvenes. Para complicar el cuadro, los procedimientos rutinarios en la mayoría de los SUH separan habitualmente al paciente de los familiares o cuidadores que podrían contribuir con su información, incluso en los casos mencionados (algo que sí está contemplado normalmente en la asistencia pediátrica). Los pacientes mayores que proceden de residencias también pueden sufrir pérdidas en las transferencias de información al ser derivados con una información clínica y funcional incompleta o no actualizada; la derivación rara vez está protocolizada.

Otra característica común en los mayores es la diferente forma en que puede manifestarse en ellos la enfermedad, ya que padecen muchas veces problemas específicos (caídas, delirium) o presentaciones atípicas de enfermedades comunes (infarto de miocardio sin dolor torácico, neumonía sin fiebre). Además, es habitual que tomen múltiples fármacos, sufran múltiples enfermedades concomitantes cuyas manifestaciones se superponen e interfieren en la detección del proceso agudo y presentan con frecuencia problemas de lento curso y resolución más que un evento agudo y evidente.

El personal de los SUH habitualmente posee escasa formación que le capacite para atender eficazmente las necesidades especiales de este grupo creciente de pacientes. De hecho, los profesionales que trabajan en los SUH refieren tener una mayor dificultad en el manejo del paciente mayor. En diferentes encuestas realizadas se quejan de que el estudio de los mayores en los SUH requiere más tiempo y recursos y es más difícil que la valoración de los pacientes más jóvenes. Tampoco son capaces de orientar adecuadamente la actividad del personal de enfermería y auxiliar.

Además no es raro que este personal se enfrente a procesos complejos de toma de decisiones sobre cuándo intervenir y qué grado de intervencionismo precisan los pacientes con enfermedades crónicas avanzadas o grandes dependencias. Determinados pacientes mayores, con grave deterioro físico y mental y en situación terminal, pueden recibir un manejo inadecuado con realización de maniobras diagnósticas y terapéuticas desproporcionadas.

Los ingresos hospitalarios a través del SUH de los pacientes mayores son con mayor frecuencia apropiados que los ingresos de pacientes más jóvenes. Sin embargo, existe un amplio margen de mejora: las razones referidas anteriormente suponen una frecuente sobreindicación de ingresos. Aunque se realiza un mayor número de pruebas diagnósticas que en los pacientes más jóvenes, los diagnósticos que se alcanzan en los mayores resultan con frecuencia menos exactos. Así, hay problemas de alta prevalencia en el mayor que no se detectan. Por ejemplo, al menos el 10% de los mayores que están en un SUH sufren un delirium y el 16-22% un deterioro cognitivo. Sin embargo sólo el 28-38% de los casos de deterioro cognitivo y el 16-36% de casos de delirium son detectados por los médicos de Urgencias. No existen habitualmente procedimientos ni para detectar estos problemas, ni se capacita a los profesionales para hacerlo. Eso es especialmente grave en el delirium, que es un marcador de mortalidad. Los pacientes dados de alta con un delirium no diagnosticado, tienen una tasa de mortalidad a los tres meses tres veces mayor que aquello en quienes el delirium es bien diagnosticado. Hasta un tercio de los pacientes con delirium son dados de alta al domicilio.

En cuanto a los pacientes con deterioro cognitivo, representan una población heterogénea, con diversos trastornos de conducta que complican el diagnóstico y su manejo en Urgencias, donde en ocasiones acuden o son traídos por falta de recursos adecuados para resolver sus problemas. Además la demencia afecta a la capacidad del paciente de referir su historia clínica y de seguir instrucciones al alta. En muchos casos la impresión subjetiva del médico sobre el estado cognitivo y funcional no es correcta y sin embargo es la base para la toma de decisiones importantes, que conlleva la realización de pruebas y tratamientos no adecuados.

Un área crítica en el manejo de la patología del mayor es la de los problemas relacionados con la medicación. Las reacciones adversas a medicamentos (RAM) suponen al menos el 7-11% de visitas a los SUH y originan entre un 12% y un tercio de los ingresos hospitalarios en los mayores, incrementan la estancia media de la hospitalización y aumentan el riesgo de muerte. Al alta del SUH se ha prescrito al menos una medicación en el 30-50% de los pacientes mayores. Esto puede dificultar el cumplimiento y añade complejidad al régimen terapéutico. En un estudio en el que se reclutaron 898 pacientes en un SUH, el 10,6% tomaba medicación potencialmente inapropiada, el 3,6% recibía un fármaco inapropiado durante su estancia en Urgencias y el 5,6% eran dados de alta con nuevos medicamentos inapropiados. El volumen de iatrogenia creada en los SUH es por tanto muy relevante.

En los pacientes mayores que son dados de alta del SUH sin hospitalización se constatan problemas relacionados con la calidad y continuidad de cuidados, incluyendo fallos en la identificación de problemas que se beneficiarían de una evaluación en profundidad (en Urgencias o en otro nivel asistencial), errores en la derivación o recomendación de recursos sanitarios y sociales adecuados, y defectos en la comunicación al médico de Atención Primaria de los problemas detectados y las intervenciones iniciadas.

Todos estos problemas y aspectos específicos de la presentación, diagnóstico y manejo de los problemas clínicos de los mayores en los SUH hacen que estos frecuentemente se quejen de la falta de resolución completa de su problema tras su visita al SUH y perciban la atención recibida como de baja calidad.

3.2.3. **La valoración geriátrica integral en el Servicio de Urgencias.**

La situación funcional ha demostrado en numerosos estudios ser un marcador de mortalidad, mucho más relevante que el factor edad. Resulta por tanto fundamental medir la situación funcional en las personas mayores si se pretende reducir el impacto funcional de la enfermedad y conocer el pronóstico de la atención sanitaria.

Los programas de valoración geriátrica integral (VGI) han demostrado mejorar los resultados de salud en el mayor frágil en diferentes ámbitos, unidades geriátricas de agudos, consultas y domicilio. Beneficios demostrados son la mejora de la función, así como reducción de la mortalidad y la institucionalización. Los elementos que contribuyen a esto son mejor diagnóstico (identifica problemas que no identifica la evaluación tradicional) y la mejora la planificación de cuidados y el seguimiento.

Los SUH son un lugar adecuado para realizar la VGI, ya que en ellos se valoran numerosos mayores con problemas agudos que enmascaran problemas geriátricos de más larga evolución. Por otro lado, el SUH se centra en manejar episodios de enfermedad, su objetivo es diagnosticar, tratar y derivar al nivel de cuidados óptimo y de menor complejidad que resuelva el problema por el que consulta el paciente. La VGI ha demostrado tener beneficios importantes en el ámbito de las Urgencias, ya que es capaz de detectar síndromes geriátricos y descubrir otros diagnósticos no detectados con una evaluación tradicional. Más aún, es un instrumento óptimo para definir la ubicación más adecuada para la atención de calidad al paciente cuando salga del SUH, consiguiendo un aumento de derivaciones a otros recursos y evitar ingresos hospitalarios innecesarios. La estimación de la proporción de pacientes que se beneficiarían de una VGI en Urgencias varía en función de la literatura, pero diversos estudios identifican al 30-50% de mayores de 75 años detectados en los SUH mediante el cribado sistemático como población de riesgo.

Es precisamente este grupo quien tras su visita a Urgencias tiene un riesgo más alto de sufrir eventos adversos (deterioro funcional, hospitalización, nuevas visitas a Urgencias) en los seis meses siguientes. El riesgo es especialmente alto en los primeros tres meses, con una mortalidad de un 10%, una tasa de regreso al SUH del 24% y una tasa de hospitalización tras el alta del SUH del 24%. Posteriormente, tanto mortalidad como hospitalización se van estabilizando, pero la frecuentación a Urgencias aumenta al 44% al cabo de seis meses. Entre el 10 y 45% de los pacientes, experimentan un aumento de la dependencia en los tres meses siguientes a la visita al SUH. De ahí que resulten clave los programas de actuación y seguimiento específicos de estos pacientes si se quiere mejorar la calidad de la asistencia urgente y optimizar el uso de recursos, colocando al paciente en el más eficiente.

3.3. Estudios Sobre Modelos Organizativos

Se han estudiado diversos modelos organizativos sobre la asistencia geriátrica en los SUH. Su interpretación es compleja, ya que pocos son aleatorizados y bien controlados, y existe una gran variabilidad en el entorno organizativo del sistema de salud en los que se implantan, lo que hace difícil evaluar con precisión su impacto sobre la salud y la función de los usuarios. Sin embargo, en algunos de ellos se han conseguido beneficios que sugieren que es posible desarrollar modelos que mejoren el cuidado de los pacientes mayores en los SUH.

3.3.1. **Programas de despistaje y seguimiento al alta de los mayores de alto riesgo.** El rasgo común de la mayoría de ellos es que coinciden en señalar que la detección y evaluación de usuarios en riesgo y la realización de recomendaciones no funcionan por sí mismas, si no se verifica el cumplimiento de las mismas por los pacientes y el personal de Urgencias.

- Quick Response Program (*Freeman 1994*). Los objetivos de este programa fueron prevenir ingresos hospitalarios innecesarios, reducir el número de visitas y mejorar la capacidad funcional de los pacientes mayores de 60 años dados de alta de un SUH. Para ello se realizó una VGI (alrededor de hora y media de duración), tras la cual se planificaba el alta con el paciente y su familia y se organizaban los servicios que se iban a precisar en la comunidad. El beneficio de este programa fue muy relevante: ahorró 5.000 estancias en el primer año de implantación y redujo en ocho meses de 54 a 3 el número medio de pacientes que esperaba a ser atendido en el SUH.
- Case Finding and Liason Service (*Miller 1996*). En un estudio no aleatorizado pero con grupo control, se identificaron los pacientes de riesgo de entre los mayores de 60 años, que eran valorados por una enfermera geriátrica. Se hicieron recomendaciones específicas para el manejo de los problemas detectados, tanto al personal de Urgencias como a la familia. Este estudio no obtuvo resultados muy favorables, lo que se atribuyó al escaso seguimiento de las recomendaciones dadas. Sin embargo, si se apreció una tendencia a reducir las visitas al SUH y a mejorar la implementación de directrices avanzadas.
- Systematic Intervention for a Geriatric Network of Evaluation and Treatment (SIGNET) (*Mion 2001*). Este programa se dirigió a pacientes mayores 65 años que acudían a un SUH. Todos eran sometidos a un cribado mediante un instrumento específico (el Triage Risk Screening Too, TRST), que identificaba a aquellos que tenían mayor riesgo de volver al SUH, de ingresar en el hospital o de ser institucionalizados tras la visita. Estos usuarios de alto riesgo eran sometidos a una valoración o sometidos a un seguimiento telefónico si habían sido ya dados de alta. Se derivaban directamente a los recursos que necesitaban en cada caso. De nuevo los resultados fueron modestos, y de nuevo la implementación de las recomendaciones fue baja.
- Rapid Emergency Intervention (*Mc Cusker 2001*). Este sí fue un estudio aleatorizado y con grupo control. Se utilizó una herramienta de cribado (Identification of Seniors At Risk, ISAR) y todos los mayores que puntuaban 2 o más puntos fueron sometidos a una VGI breve estandarizada por parte de una enfermera geriátrica. Se realizó un seguimiento para asegurar que se cumplían las recomendaciones y se gestionaban los recursos necesarios. Este programa aumentó el uso de recursos de Atención Primaria y de servicios domiciliarios frente a los urgentes y redujo la tasa de deterioro funcional a los 4 meses.

3.3.2. **Equipos consultores geriátricos en los Servicios de Urgencias Hospitalarios.** A diferencia de los anteriores, incluyen una intervención por parte de especialistas en Geriatría en el propio SUH. La información sobre los mismos es aún precaria, siendo el objetivo general evitar el ingreso hospitalario inadecuado.

- Gold y Bergman (1997) diseñaron un equipo consultor geriátrico compuesto por un médico y una enfermera pertenecientes al Servicio de Geriatría. Este equipo valoraba a los pacientes pendientes de ingreso en Geriatría, aquellos con dilemas diagnósticos que influían en la decisión de ingreso y aquellos en que planteaban a los médicos de Urgencias dudas sobre la indicación del alta a domicilio. No se dispuso un grupo control ni se evaluaron los resultados sobre la salud de los pacientes. Los autores consideran que se disminuyen ingresos inadecuados, los ingresos en Geriatría son más adecuados y se reducen el tiempo de espera en Urgencias.
- Sinoff et al (1998) presentaron el seguimiento a dos años de pacientes vistos por un equipo consultor geriátrico a demanda de los médicos de un SUH. Se evaluó la mortalidad, las visitas al SUH, los ingresos y la forma de vida. Encontraron que estos pacientes tenían un alto número ingresos (63.5%), mortalidad (33.7%), reingresos en urgencias (45.2%) e institucionalización (52%). Tampoco existió un grupo control.
- Alonso Bouzón (2010), en un estudio realizado en un hospital de nuestra Comunidad, reevaluó los pacientes en el SUH pendientes de ingreso en un Servicio de Geriatría que fueran mayores de 75 años y con elevado grado de incapacidad física o mental (escala Cruz Roja Física o Cruz Roja Mental mayor o igual a 4). De 380 pacientes evaluados, 240 (62.3 %) fueron dados de alta sin ingresar, en su mayoría para seguimiento por una Unidad Geriátrica Domiciliaria (51.2%) o regreso a su residencia (34.2%). Los autores destacan la importancia de disponer de diferentes niveles asistenciales para poder ofrecer la asistencia adecuada a cada paciente y evitar ingresos hospitalarios inadecuados.

3.3.3. **Adecuación de los Servicios de Urgencias a las necesidades del paciente mayor.** La literatura disponible ofrece algunos datos que permiten mejorar la adecuación de los SUH a los mayores. Generalmente se recomienda el uso de unidades con camas, donde el paciente pueda estar acompañado y exista menos presión asistencial, como pueden ser las áreas de observación de Urgencias, cuando existen. El paso de determinados pacientes por estas unidades ha demostrado poder ser una alternativa a la hospitalización habitual, ya que son unidades diagnósticas y terapéuticas de alta resolución y además evitan ingresos innecesarios. Dichas unidades pueden ser idóneas para realizar una VGI en aquellos pacientes mayores de alto riesgo de cara a reducir el número de ingresos y optimizar los cuidados ambulatorios, siendo en ellas menos gravoso para el personal de Urgencias el uso de instrumentos de cribado y evaluación. El perfil del paciente que se beneficiaría de ellas es aquel que está relativamente estable, pero presenta problemas complejos no resueltos (en ocasiones con visitas reiteradas al SUH). Es fundamental para un correcto funcionamiento, la existencia de una buena relación entre el SUH y los equipos consultores de Geriatría, disponer de diferentes niveles asistenciales en los Servicios de Geriatría, y utilizar instrumentos de identificación protocolizados que seleccionen los pacientes que más se puedan beneficiar de esa intervención.

3.4. Situación Actual de la Relación entre los Servicios de Urgencias y los Servicios de Geriatría en la Comunidad de Madrid

3.4.1. **Modelos generales de colaboración.** Cuando un hospital dispone de un Servicio de Geriatría, éste suele buscar una buena estructuración de su relación con el Servicio de Urgencias. No es sorprendente por ello que en los últimos años se hayan desarrollado en la Comunidad de Madrid y en otros lugares de España diversas formas de colaboración de los SUH y los Servicios de Geriatría. En la mayoría de los casos esta colaboración se basa en la utilización de la VGI.

En alguno de los modelos la valoración de pacientes se hace por facultativos del Servicio de Geriatría en pacientes que permanecen en Unidades de Observación o equivalentes. Los pacientes cumplen determinados criterios pactados previamente entre Geriatría y Urgencias, y tras la valoración se decide la mejor ubicación (ingreso en la Unidad de Agudos de Geriatría u otro Servicio, alta bajo el control de Atención Primaria, Asistencia Domiciliaria (geriátrica o no) o del personal sanitario de una residencia o traslado a un hospital de apoyo). En alguna de las experiencias realizadas, la intervención del Servicio de Geriatría se realiza solo en pacientes en quienes se ha decidido previamente la necesidad de ingreso hospitalario. Los resultados de estas colaboraciones generalmente logran evitar ingresos hospitalarios, reduciendo específicamente los ingresos que podrían considerarse como inadecuados; de la misma manera, consiguen el alta directamente desde el SUH de determinados pacientes en quienes es preferible que la atención se lleve a cabo en un nivel asistencial menos complejo, generalmente aconsejándose un plan de cuidados personalizado.

Otro patrón de colaboración se ha centrado en la figura del especialista en Geriatría, mediante la incorporación de geriatras a los SUH, bien directamente o a través de la compatibilización de la actividad entre la Urgencia y el Servicio de Geriatría del propio centro o de un centro asociado, muchas veces un hospital de apoyo. Estos modelos permiten mejorar la colaboración entre los Servicios de Geriatría y tienen el valor añadido de difundir el conocimiento geriátrico al personal de los propios SUH.

3.4.2. **Relación entre Geriatría y Urgencias en la Comunidad de Madrid.** Dado el desarrollo irregular de la especialidad de Geriatría en la Comunidad de Madrid, no es sorprendente encontrar que existen situaciones muy dispares en cuanto a la relación entre Geriatría y Urgencias.

- **Hospital Infanta Elena:** existe una Unidad de Geriatría. De lunes a viernes se realiza una breve sesión a primera hora en Urgencias, en la que se revisan los pacientes susceptibles de ingresar durante el día o con el ingreso ya cursado. En este segundo caso la reevaluación clínica de los mismos corre a cargo de los facultativos de Geriatría.
- **Hospital del Sureste:** trabajan en él dos geriatras que dependen funcionalmente del Servicio de Medicina Interna. Ambas hacen guardias en el SUH, como el resto de especialidades. Una de las facultativas se ocupa además de la relación con las residencias de la zona.
- **Hospital Universitario Infanta Sofía:** tiene dos geriatras dentro que hacen funciones de médicos de Urgencias exclusivamente. En el hospital no existe un Servicio de Geriatría, aunque hay tres geriatras que pertenecen al Servicio de Medicina Interna, si bien no mantienen ninguna actividad en el Servicio de Urgencias.

- **Hospital Universitario Infanta Cristina:** el Servicio de Medicina Interna incluye un facultativo especialista en Geriatría que realiza 1-2 guardias al mes en Urgencias. Aunque el contacto con el SUH es estrecho, no suele realizar interconsultas específicas en Urgencias. Las derivaciones a hospitales de apoyo se realizan desde la hospitalización.
- **Hospital Universitario Infanta Leonor:** existe una Unidad de Geriatría dependiente del Servicio de Medicina Interna, cuyos facultativos están disponibles para realizar interconsulta en el Servicio de Urgencias, pero no existe un sistema estructurado y pactado de colaboración.
- **Hospital Universitario del Henares:** dispone de una Sección de Geriatría con tres geriatras que dependen funcionalmente del Servicio de Medicina Interna. Realizan guardias en Urgencias un fin de semana al mes y en otras festividades. De lunes a viernes, el Jefe de Medicina Interna (que ejerce también Jefe del Servicio de Urgencias) adjudica uno o dos pacientes a cada una de entre los que están en la Observación de Urgencias. Ellas deciden si el paciente ingresa a su cargo o si no precisa hospitalización y mantienen una relación no protocolizada con las residencias de su zona, que incluye la evaluación telefónica que busca evitar traslados innecesarios. Las derivaciones a centros de media-larga estancia se realizan desde la hospitalización.
- **Hospital Universitario Fundación de Alcorcón:** no dispone de Servicio de Geriatría ni de geriatras. Dado que es un hospital del que dependen un gran número de residencias en el Área, el Servicio de Urgencias ha desarrollado un protocolo de colaboración con las mismas, con algunas de las cuales mantienen un contacto bastante cercano.
- **Hospital Universitario de Móstoles:** existe un Servicio de Geriatría cuyos facultativos realizan guardias en el Servicio de Urgencias, pero sin actividad geriátrica específica ni programa formalizado de colaboración entre servicios.
- **Hospital Universitario Severo Ochoa:** existe un Servicio de Geriatría de cuya plantilla tres facultativos realizan guardias en el SUH. La relación con Geriatría es muy fluida, mediante la realización de interconsultas diarias de los pacientes geriátricos que quedan en observación o ingresados y la cooperación en la gestión de los pacientes institucionalizados. Existen protocolos conjuntos de manejo de los pacientes geriátricos y colaboración en sesiones clínicas y en trabajos de investigación en Medicina de Urgencias. Además, dispone de un plan de colaboración con las residencias de mayores, protocolos de derivación a Urgencias y un “busca” al que pueden consultar los médicos de las mismas antes de remitir a los pacientes al SUH. Finalmente, en la plantilla del Servicio de Urgencias hay dos geriatras, pero realizan funciones de facultativos de urgencias.

- **Fundación Jiménez Díaz:** no existe Servicio de Geriatría. Desde el Servicio de Urgencias se han establecido algunos protocolos de derivación de pacientes desde las residencias.
- **Hospital Universitario Ramón y Cajal:** existe un Servicio de Geriatría, pero no mantiene una colaboración estructurada con el SUH. La decisión de ingreso en Geriatría o Medicina Interna se realiza mediante acuerdo entre los jefes de los dos Servicios, no por los médicos de Urgencias, y los pacientes pendientes de ingreso son tratados por los geriatras en el propio SUH.
- **Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda:** no existe Servicio de Geriatría. En la plantilla de Urgencias hay tres geriatras, que en la actualidad se encargan de organizar la asistencia a los pacientes mayores, coordinar la comunicación con las residencias del área y en su caso con los hospitales de apoyo y Atención Primaria. Recientemente se ha implantado un programa específico de supervisión de tratamientos endovenosos en residencias medicalizadas. Uno de los geriatras atiende de forma específica el área de Observación.
- **Hospital General Universitario Gregorio Marañón:** dispone de un amplio Servicio de Geriatría, pero en Urgencias no tiene una actividad específica ni se ha desarrollado ningún circuito estructurado de interconsulta ni de valoración de los pacientes.
- **Hospital Universitario de Getafe:** existe un protocolo de colaboración entre los Servicios de Geriatría y Urgencias. Los geriatras hacen interconsultas a demanda del SUH y existe un protocolo de actuación con el Servicio de Geriatría que identifica los criterios de ingreso en su Unidad de Agudos y los de reevaluación de pacientes pendientes de ingreso. Sin embargo, no cubre todos los días ni todo el horario asistencial.
- **Hospital Clínico San Carlos:** además de un Servicio de Geriatría, dos geriatras forman parte de la plantilla del Servicio de Urgencias, que se ocupan además de un área de observación específica para pacientes mayores. Existen protocolos de actuación conjunta y colaboraciones en estudios clínicos.
- **Hospital Universitario La Paz:** cuenta con un Servicio de Geriatría, pero no está protocolizada la relación con el SUH.
- **Hospital Universitario Príncipe de Asturias:** dispone de cinco geriatras en la plantilla del Servicio de Urgencias, pero realizan funciones exclusivamente de facultativo de urgencias. En el hospital no hay Servicio de Geriatría.
- **Hospital Universitario de La Princesa y Hospital Universitario 12 de Octubre:** no disponen de ningún sistema de atención geriátrica, pese a atender (especialmente el primero) un área con una alta tasa de envejecimiento.

3.5. Estrategias para la Mejora de la Calidad de la Asistencia Urgente a los Pacientes Mayores y de la Coordinación con todos los Niveles Asistenciales Geriátricos

Ante la diversidad de las situaciones de los diversos hospitales de Madrid, parece razonable que cada hospital busque qué herramientas son las más adecuadas para el desarrollo de una atención eficiente y de calidad a sus usuarios mayores del Servicio de Urgencias. Sin embargo, existen algunos principios generales y algunas estrategias que pueden considerarse prioritarias o recomendables y pueden servir como marco para la toma de decisiones.

3.5.1. Estrategia 1. **Fomento de la equidad y reducción de las desigualdades. Hacia un modelo de atención urgente para todos los madrileños.**

El hecho de que existan desigualdades en la forma de asistencia supone desigualdad e ineficiencia: o existen usuarios mayores que no reciben una atención de la mejor calidad, o bien se están usando determinados recursos de forma no eficiente.

Por tanto, la atención al mayor en los Servicios de Urgencia Hospitalarios debe ser convergente en el futuro, de manera que todos los ciudadanos sean tratados con equidad. Los dos principios hacia los que se dirigirá esta convergencia son la excelencia científica (medicina basada en la evidencia) y la eficiencia (ofrecer la atención de menor coste y complejidad que resuelva cada problema).

Esto no supone que los recursos en todos los hospitales tengan que ser los mismos. Con estos principios, cada hospital debe mejorar progresivamente la atención a los mayores en los Servicios de Urgencias en función de sus recursos disponibles y previsibles. Lógicamente, es previsible que a medio plazo los hospitales de similares características dispongan de recursos similares. Se presenta además la oportunidad de evaluar la eficacia y eficiencia de recursos diferentes, para determinar cuáles son los más apropiados a nuestro sistema sanitario.

Algunos elementos comunes de todos los programas serán:

- Formación en atención geriátrica de los profesionales que trabajan en los SUH.
- Protocolización de la atención de los problemas más comunes, especialmente aquellos de mayor impacto (delirium, iatrogenia).
- Modificación progresiva de la atención y evaluación reglada de los cambios usando resultados de salud relevantes para los usuarios.

3.5.2. Estrategia 2**. Detección sistemática de los pacientes de alto riesgo y valoración geriátrica temprana de los mismos.** La heterogeneidad es una característica fundamental del envejecimiento, por lo que los pacientes mayores son extremadamente heterogéneos en sus características. Dada la limitación de los recursos geriátricos, es razonable enfocar y limitar las actuaciones sobre aquellos pacientes en mayor riesgo de ver afectada su salud o su capacidad física, y sobre aquellos en que es más probable una atención poco eficiente (ofrecida en un nivel asistencial no adecuado para el manejo de sus necesidades).

Por tanto, debe estimularse la identificación de los mayores de alto riesgo, para promover intervenciones adecuadas que consigan mejorar el pronóstico. La mayoría de los estudios coinciden en que los pacientes de alto riesgo comparten determinadas características:

- Dependencia física o funcional, pérdida de visión
- Elevada carga de enfermedad (comorbilidad, polifarmacia)
- Enfermedades crónicas (cardiovasculares, diabetes, demencia, depresión)
- Edad muy avanzada
- Hospitalización o visita a Urgencias reciente
- Vivir solo, o pobre cobertura sociofamiliar

Aunque aún no se ha validado adecuadamente ningún instrumento de cribado para detectar a los pacientes de alto riesgo de sufrir eventos adversos en nuestro entorno, existen cuestionarios que, usados habitualmente en personas de 75 o más años, han demostrado ser rápidos y eficientes en la detección de personas mayores que necesitan asistencia especializada, tratamiento y seguimiento. Se propone utilizar el siguiente:

Tabla 3.4 Cuestionario Triage Risk Screening Tool –TRST

Por favor marcar el cuadro si el paciente presenta o se sospecha que tenga alguno de los siguientes problemas		
1.	☐	Antecedentes de deterioro cognitivo (mala memoria o desorientación)
2.	☐	Dificultada para caminar o hacer transferencias silla/cama o caídas recientes
3.	☐	Cinco o más medicamentos
4.	☐	Visita a Urgencias en los últimos 30 días u hospitalización en los últimos 90 días
5.	☐	Vive solo y/o no tiene cuidador
6.	☐	Los profesionales de Urgencias consideran que tiene alguno de estos problemas: ☐ Malnutrición/pérdida de peso ☐ Incontinencia ☐ No puede arreglárselas ☐ Problemas de medicación ☐ Deficiencias sensoriales ☐ Bajo estado de ánimo ☐ Otros

Por supuesto, la detección de pacientes de alto riesgo, para ser eficaz, debe ir seguida de una intervención apropiada. Lo ideal, cuando existe, es la valoración de estos pacientes por un dispositivo especializado para una evaluación en profundidad, planificación del alta y seguimiento. Este dispositivo puede estar dentro del propio SUH (enfermera geriátrica u otro miembro del equipo) o fuera del mismo (generalmente dependiente del Servicio de Geriatría). Es fundamental que la detección de pacientes de alto riesgo y condiciones concretas vaya asociado a la aplicación de protocolos basados en la evidencia y el acceso a los recursos adecuados para su manejo. Existe alguna evidencia de que es posible reducir el número de visitas a los SUH mediante visitas domiciliarias, programas ambulatorios de valoración geriátrica y modelos integrados de servicios médicos y sociales. Igualmente en enfermos de residencia el acceso a asistencia geriátrica especializada puede reducir al mínimo la necesidad de acudir a los SUH.

3.5.3. Estrategia 3. **Formalización progresiva de la relación entre los Servicios de Geriatría y de Urgencias, que permita mejorar la atención de determinados pacientes mayores.** Dadas las características específicas de muchos pacientes mayores, para las que los SUH (diseñados, recordemos, para la atención de episodios agudos de enfermedades únicas) no se encuentran completamente preparados, es preciso reforzar y protocolizar progresivamente la relación entre los SUH y los Servicios de Geriatría. Estos deben trabajar de forma conjunta para establecer estrategias de mejora del manejo de las necesidades complejas de los mayores con múltiples problemas médicos, funcionales y sociales crónicos, a menudo interrelacionados entre sí. Como se ha señalado, el manejo correcto de los problemas agudos y crónicos del mayor requiere modelos que aseguren la continuidad de cuidados a través de los diversos niveles asistenciales, con una mejor coordinación de los servicios implicados.

De los modelos de relación descritos anteriormente, los equipos consultores de Geriatría en los SUH, integrados en un Servicio de Geriatría con diferentes niveles asistenciales, parecen poder ofrecer los resultados más satisfactorios. Estos equipos actuarían evaluando a pacientes de riesgo detectados en el SUH según criterios previamente establecidos. Estos pacientes podrían, en los casos donde se requiriera más tiempo para la valoración y la decisión de ubicación, estar ubicados en unidades de observación o recursos similares. En los hospitales de menor tamaño, en los que los geriatras están integrados en un Departamento de Medicina, deberá también definirse formalmente el papel de los geriatras dentro del Servicio de Urgencias.

3.5.4. Estrategia 4. **Mejora de la coordinación con las residencias y los hospitales de apoyo.** Casi el 25% de mayores de que viven en residencias son trasladados al menos una vez al año a un SUH. Sin embargo, residencias y hospitales funcionan de modo independiente y prácticamente estanco, sin disponer de información completa sobre la situación del paciente, historia clínica y expectativas de cuidado en el otro nivel asistencial. El 10% de los mayores son trasladados sin informes y con frecuencia regresan a residencia sin un informe preciso ni un plan de cuidados (datos americanos). A ello se suma que aproximadamente dos terceras partes padecen deterioro cognitivo, lo que dificulta aún más la recogida de información. Un cuidado transicional inadecuado aumenta de modo innecesario el coste y el uso de recursos sanitarios y pone en riesgo la seguridad del paciente. Por todo ello resulta imprescindible mejorar la relación de los SUH con las residencias. Existen diversos modos y sistemas de mejorar la calidad de la atención urgente a los pacientes de residencias, varios publicados recientemente en otros países. El mecanismo habitual depende de los Servicios de Geriatría hospitalarios, que son los únicos Servicios Hospitalarios con formación en medicina de residencias y relación habitual con las mismas.

La derivación de pacientes a hospitales de apoyo debe ser un proceso eficiente y rápido, que evite la permanencia innecesaria del mayor en los SUH. Debe ser protocolizado, con criterios de ingreso claros y con disponibilidad horaria amplia por parte de los hospitales de apoyo. La relación con dichos hospitales ocupa un capítulo propio de este plan.

3.5.5. Estrategia 5. **Formación del personal sanitario de Urgencias.** Dada la cantidad de pacientes mayores tratados en los SUH y su constante crecimiento, y dado el rápido progreso del conocimiento en medicina y enfermería geriátricas, la mejora de la calidad de la asistencia a los pacientes mayores pasa por mejorar la formación de médicos, enfermeras y personal auxiliar de los SUH, para mejorar su sensibilidad y conocimiento de los diferentes aspectos de la asistencia geriátrica. Existen datos que indican que una mejor formación mejora la calidad de la asistencia, tanto global como en aspectos particulares (como el delirium). Esta formación puede hacerse a nivel local o regional, mediante el uso de todos los dispositivos educativos y de formación continuada.

3.5.6. Estrategia 6. **Protocolización de la asistencia**. La mejora de la asistencia geriátrica en los SUH debe pasar por la protocolización de la actuación en los problemas más frecuentes (cuando esto sea posible, ya que se trata de pacientes de alta complejidad), la aplicación de guías clínicas y la incorporación de la investigación en resultados de salud.

El número de guías clínicas específicas de atención al mayor en los SUH es escaso, en parte por la complejidad y variabilidad de estos pacientes. Existen, sin embargo, algunas guías para el manejo de algunos síndromes frecuentes (neumonía, delirium) cuya aplicación puede mejorar la calidad de la atención. Sería deseable que estas guías sean promovidas a nivel regional (con la colaboración de las Sociedades científicas) o, si son desarrolladas en un centro, se pongan a disposición de los demás, fomentando así las sinergias.

En la literatura hay diversas experiencias que muestran resultados positivos. Por ejemplo, *Baraff* describe en 1997 una guía para evaluación del paciente mayor que acude a Urgencias por una caída, con indicaciones sobre evaluación, manejo y derivaciones, que incluye una hoja de información al paciente. La evaluación de esta guía en 1999 señaló que mejoraba la calidad y número de datos recogidos, la prescripción de calcio y vitamina D y la evaluación de las causas de las caídas.

3.5.7. Estrategia 7. **Establecimiento de estándares de calidad específicos en Urgencias para grupos de población de alto riesgo.** Todas las medidas que se tomen deben evaluarse cuidadosamente para estimar su efecto en diversos resultados de salud. Además de las medidas más comunes (ingreso hospitalarios, visitas a Urgencias, mortalidad) es preciso establecer medidas que sean relevantes para los usuarios mayores (como la adecuación del uso de fármacos tras la visita al SUH o el grado de discapacidad tras la misma). Sería deseable acordar dichas medidas para poder comparar el rendimiento de los diversos centros y trasladar las medidas más eficientes a los demás.

La Society for Academic Emergency Medicine (SAEM) y el American College of Emergency Physicians (ACEP) crearon la SAEM Geriatric Task Force para mejorar la atención a los mayores en los SUH. Identificaron problemas comunes por los que los mayores acuden a Urgencias y en las cuales existen importantes fallos de calidad. Basándose en revisión exhaustiva de la bibliografía definieron inicialmente potenciales de calidad para tres situaciones: valoración cognitiva, manejo del dolor y cuidado transicional en ambas direcciones entre las residencias y los SUH. Estos indicadores permiten medir y mejorar la calidad asistencial. Por ejemplo, respecto al cuidado transicional este grupo defiende que, cuando el paciente es trasladado desde una residencia al SUH, debe aportar información sobre el motivo de traslado, las órdenes sobre resucitación, las alergias, una lista completa de medicación y los teléfonos de contacto. Al alta del SUH es recomendable que el médico contacte directamente con el médico de residencia para garantizar la continuidad Asistencial.

3.6. Recomendaciones Específicas

- Los Servicios de Urgencia de todos los hospitales que dispongan de algún dispositivo de atención geriátrica especializada establecerán un **plan de mejora de la atención a sus usuarios mayores**, en cooperación con los geriatras del centro. El plan se basará en las estrategias descritas anteriormente.
- Es deseable que los hospitales que no dispongan de ningún dispositivo de atención geriátrica especializada los **desarrollen o desarrollen acuerdos** con otros hospitales que sí dispongan de ellos para la elaboración de dicho plan.
- Se establecerá un cuestionario estandarizado de **identificación de los pacientes de alto riesgo**. Este cuestionario se aplicará de forma sistemática, para medir y comparar la carga de pacientes de alto riesgo en cada SUH, y para evaluar el flujo de estos pacientes, su utilización de recursos y los resultados de la asistencia.

- Se establecerá un **circuito para la evaluación de los pacientes de alto riesgo**, bien dentro de un área especial del SUH, bien en algún nivel asistencial del Servicio de Geriatría.
- Se generalizarán las recomendaciones realizadas en la sección anterior sobre los **criterios de ingreso** en las Unidades de agudos de los Servicios de Geriatría.
- Se realizará un **estudio piloto** de al menos dos **programas de mejora de la continuidad de cuidados de los pacientes que proceden de las residencia**. El objetivo de estos programas será reforzar la asistencia a procesos agudos en las residencias, abreviar la estancia en Urgencias y mejorar la adecuación de los ingresos hospitalarios, especialmente en pacientes con dependencias graves. El programa de mejor calidad se extenderá a los demás hospitales.
- Con el objetivo de mejorar las transiciones entre niveles asistenciales se elaborará un modelo único de **documento de derivación desde las residencias** que incluya como mínimo antecedentes personales, tratamiento habitual y del episodio agudo, situación basal funcional y mental, y motivo de derivación. De manera similar, en todos los informes de alta de los SUH de pacientes hospitalizados figurarán unos datos mínimos: incidencias presentadas durante la estancia en urgencias, fármacos administrados en el SUH, tratamientos médicos propuestos con indicación clara de la pauta de posología y duración, modificaciones recomendadas sobre el tratamiento habitual, propuesta de medidas no farmacológicas y recomendaciones de seguimiento.
- Se realizarán **programas formativos** sobre valoración geriátrica integral (como elemento de toma de decisiones clínicas) y sobre farmacogeriatría a los profesionales de los SUH.

- Siempre que exista un Servicio de Geriatría, se propondrá como modelo de colaboración recomendable entre Urgencias y Geriatría el desarrollo de un **equipo consultor de Geriatría en Urgencias**, integrado en el Servicio de Geriatría. Las unidades de observación con camas destinadas a valoración paciente mayor por Geriatría, en los centros en cuya organización de Urgencias tengan engarce, pueden favorecer el alta precoz evitando el ingreso hospitalario. Se recomendará específicamente la contratación de **geriatras en las plantillas de los Servicios de Urgencias** como mecanismo de mejora de dichos Servicios desde dentro.
- La Comunidad de Madrid desarrollará, de acuerdo con la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología y otras Sociedades científicas implicadas, **protocolos de manejo en Urgencias** de algunas enfermedades de alta prevalencia e impacto.
- Se promoverá el desarrollo y utilización de una **historia clínica común informatizada**, que se utilice en todos los niveles asistenciales. Serán objetivo prioritario para la implantación de dicha historia los pacientes de alto riesgo.
- Se acordarán **estándares de calidad** relevantes para medir los resultados asistenciales, de acuerdo con las Sociedades científicas y las asociaciones de mayores.

CAPITULO IV: RELACIÓN CON SERVICIOS QUIRÚRGICOS Y DE REHABILITACIÓN

Coordinadora

María Teresa Vidán Astiz. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Grupo de Trabajo

Teresa Alarcón Alarcón. Hospital Universitario La Paz.

Jesús Mora Frenández. Hospital Clínico San Carlos.

Alejandro Pérez Martín. Hospital Universitario de Fuenlabrada.

1.- IDEAS CLAVE

- La participación del especialista en Geriatría en la valoración preoperatoria, el seguimiento de los problemas médicos y funcionales tras la cirugía, la planificación de cuidados, la ubicación al alta, la fase de convalecencia y la transición a su vida habitual tras el alta hospitalaria, especialmente en los ancianos frágiles, ha demostrado claros beneficios sobre el tratamiento convencional *(Solomon DH 2000).*
- Existen datos objetivos que demuestran la necesidad de que determinados ancianos de riesgo reciban una valoración geriátrica integral previa a la cirugía que ayude en la toma de decisiones (Cleveland 2010).
- Estudios realizados tanto en cirugía general como en cirugía cardiovascular, han demostrado como parámetros tan geriátricos como la discapacidad o la fragilidad modifican claramente el riesgo quirúrgico estimado por los scores habitualmente utilizados (Robinson TN 2009) (Makary MA 2010; Lee DH 2010)
- El cuadro confusional agudo o delirium es una complicación muy frecuente (aparece un un 20-55% de los casos) en ancianos hospitalizados especialmente por patologías quirúrgicas empeorando notablemente el pronóstico y aumentando la mortalidad. Intervenciones geriátricas específicas pueden prevenirlo hasta en un 30-40% de los casos (Inouye 1999, Vidán 2009, Pellfolk TJ 2010).
- Existe una enorme variabilidad en el manejo de los ancianos con fractura de cadera en la Comunidad de Madrid, con cifras de mortalidad hospitalaria entre 0.5 y 12%, estancias hospitalarias entre 8 y 29 días y tasas de derivación a Hospitales de Apoyo entre 17 y 65% (Informe Nacional de Salud, Serra JA 2002, Alvarez L 2008).
- Las principales guías clínicas nacionales e internacionales sobre esta patología son claras: “los hospitales que tratan pacientes mayores de 65 años con fractura de cadera deben ofrecer programas que incluyan valoración multidisciplinaria precoz por un equipo de geriatría y tratamiento compartido por traumatólogos y geriatras desde el momento del ingreso” y ello con una evidencia de grado “A” (Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Edinburgh 2009).
- La Comunidad de Madrid fue pionera en este modelo de intervención con la creación en el año 2000 de la primera Unidad mixta de Ortogeriatría de España en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, tras haber demostrado en un ensayo clínico realizado en el propio hospital los beneficios de este tipo de intervención (Vidán M, 2005). El modelo se ha extendido posteriormente a otros hospitales y comunidades.

- En el 2010, se ha publicado la comparación entre el equipo interconsultor del Hospital Universitario La Paz y la Unidad de Ortogeriatría del mismo hospital, mostrando una reducción del 33% de la estancia hospitalaria a favor de las unidades ortogeriátricas de agudos (12 días de estancia frente a 18 días), sin empeoramiento en la situación funcional al alta (González-Montalvo JI 2010).
- La incidencia de ictus en la población anciana es muy elevada. Los ancianos que sufren ictus suelen ser ancianos muy mayores, con pluripatología, polifarmacia, problemas físicos, mentales y sociales que complican enormemente el manejo global, que influye en el pronóstico del ictus.
- La rehabilitación temprana y multidisciplinaria es la pieza clave del manejo del ictus, es aplicable a la mayoría de los supervivientes y existe evidencia científica de su efectividad en todos los pacientes, independientemente de la severidad del mismo (Kalra 2006).
- Los ancianos pueden beneficiarse de la terapia rehabilitadora tanto o más que los adultos jóvenes, aunque hay una gran heterogeneidad en la respuesta
- El tratamiento de los pacientes con ictus debería realizarse en una Unidad de Ictus (Scottish Intercollegiate Guidelines 2010, Stroke Unit Trialist 2007) que son unidades hospitalarias integradas por un equipo multidisciplinar coordinado, especializado y entrenado en el cuidado de estos pacientes, que dispone de protocolos de actuación y manejo basados en la mejor evidencia científica disponible (Langhorne 2002).
- Frente a otras intervenciones (como por ejemplo la trombolisis que llega a menos de un 5% de la población anciana con ictus), el tratamiento en unidades de ictus puede aplicarse a todos los pacientes que han lo han sufrido, lo que redunda en un mayor impacto poblacional, que en términos absolutos significa que las unidades de ictus, en el caso de los ancianos, pueden evitar 5 casos de muerte o dependencia de cada 100 pacientes tratados, frente a 1 caso de cada 100 evitado por la trombolisis (Gilligan 2005).

2.- RELACION CON SERVICIOS QUIRÚRGICOS

2.1. Intervenciones quirúrgicas más frecuentes en ancianos en la Comunidad de Madrid

El envejecimiento progresivo de la población y el cambio en el abordaje terapéutico del anciano en general, que hace que, cada vez con más frecuencia, determinados tratamientos considerados agresivos hace unos años no sean hoy en día excluidos por razones únicamente de edad, han llevado a que el número de cirugías realizadas en ancianos sea muy alto y suponga la mayor parte de las cirugías realizadas en algunos de los servicios quirúrgicos.

En la Comunidad de Madrid, y según datos procedentes del CMBD, se realizaron durante el año 2010, 31.917 procedimientos quirúrgicos en pacientes mayores de 75 años, de los cuales 19.136 fueron cirugías programadas y 12.781 fueron cirugías en pacientes ingresados a través del Servicio de Urgencias. De todas las cirugías realizadas, el 7,5% (2394 procedimientos) fueron en pacientes mayores de 90 años, siendo, en este grupo, la mayoría cirugías por ingreso urgente (1898 procedimientos que suponen el 79,3% de las cirugías en >90 años).

La descripción detallada de cuáles han sido los procedimientos quirúrgicos más frecuentemente realizados se resume en la Tabla 4.1. (según datos facilitados por la Consejería de Sanidad que incluyen sólo procedimientos que han requerido ingreso hospitalario, no el total).

Tabla 4.1 Procedimientos quirúrgicos en ancianos

	>75 años	>90 años
TOTAL PROCEDIMIENTOS CON Y SIN INGRESO	**31.917**	**2.394**
CIRUGÍAS CON HOSPITALIZACIÓN		
Cirugía de cadera	5.096 (15.7%)	1.127 (47.1%)
Reducción-fijación interna	2886	746
Sustitución parcial	1262	330
Sustitución total	948	51
Cirugía de rodilla	1.980 (6.2%)	
Cirugía transuretral vejiga	1.817 (5.7%)	95 (3.97%)
Colecistectomía	1.268	18 (0.75%)
laparoscópica	871	
abierta	397	
Reparación de hernias	1.159 (3.63%)	39 (1.63%)
Cirugía de catarata	655 (2.05%)	32 (1.34%)
Marcapasos permanente	617 (1.93%)	56 (2.34%)
Prostatectomía	499 (1.57%)	
Hemicolectomía	355 (1.11%)	19 (0.79%)
Cx radical lesión cutánea		40 (1.67%)
Amputación/cx arterial MMII		67 (2.8%)
TOTAL PROCEDIMIENTOS CON INGRESO	**13.366**	**1.493**

De los datos presentados se puede concluir que los servicios quirúrgicos que más cirugías realizan en ancianos son los de Traumatología, Cirugía General y Urología. En algunos de ellos como en Traumatología, más de la mitad de las camas de hospitalización suelen estar ocupadas por ancianos. Además, casi la mitad de las cirugías realizadas en mayores de 90 años son cirugías de cadera, sobretodo cirugía de fractura de cadera.

Los ancianos son en su mayoría pacientes complejos en los que junto a la enfermedad aguda, coexisten gran número de comorbilidades y otros problemas físicos, mentales o sociales, no siempre evidentes en el momento de su ingreso en el servicio de cirugía, que pueden determinar el resultado final de la cirugía y complicar mucho su manejo durante la hospitalización. Con frecuencia estos pacientes son valorados por distintos especialistas, con escasa coordinación entre sí. La valoración geriátrica integral (VGI) realizada por un equipo de geriatría y seguida de planes de acción específicos, evita la descoordinación y disminuye el gasto hospitalario que ésta supone y reduce la morbilidad durante el ingreso. En este contexto, la necesidad de una colaboración estrecha entre los Servicios de Cirugía y los Servicios de Geriatría, expertos en proporcionar los cuidados de mayor calidad a pacientes ancianos, parece obvia.

2.2. Areas de Colaboración entre los Servicios de Geriatría y Cirugía

En la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento que tuvo lugar en Viena en 1982, se estableció como primera recomendación en los cuidados de salud en el anciano, que “todo cuidado dirigido a prevenir la discapacidad, reeducar la función, aliviar el dolor, mantener la lucidez, confort y dignidad y ayudar al anciano a reorientar sus planes y deseos, es tan importante como el tratamiento curativo propiamente”. Esta máxima que es necesaria en todas las intervenciones médicas en el anciano, es todavía más importante en lo que se refiere a los tratamientos quirúrgicos, por su propia naturaleza de tratamiento agresivo y porque en la mayoría de los casos no existe una evidencia clara del beneficio de los mismos en pacientes ancianos y complejos, generalmente excluidos de los estudios.

La participación del especialista en Geriatría en todo el proceso de valoración y decisión quirúrgica, así como en el seguimiento postoperatorio del anciano, especialmente de aquellos considerados frágiles, ayuda a cuidar todos los aspectos anteriormente descritos, y en algunos casos específicos como la cirugía de cadera, ha demostrado claros beneficios sobre el tratamiento convencional. El principal reto en la cirugía del anciano es ser capaces de ofrecer cirugías que no sólo prolonguen la vida sino que ofrezcan el mayor nivel posible de independencia y sin un excesivo riesgo de complicaciones.

Los procedimientos quirúrgicos realizados con mayor frecuencia en el anciano son cirugía de cadera, extracción de cataratas, cirugía urológica, colecistectomías y cirugía de hernias abdominales. Hay otras cirugías, como la cirugía vascular, que aunque no estén entre las más frecuentes, ocurren casi siempre en pacientes ancianos complejos y con alto grado de comorbilidad lo que aumenta mucho el riesgo de complicaciones.

Entre los factores que influyen en la aparición de complicaciones en el postoperatorio, la edad sigue siendo un factor independiente de mal pronóstico, pero la edad además se asocia a comorbilidad, menor capacidad de adaptación al stress y diferentes grados de dependencia funcional. Todo ello hace que los tiempos de recuperación sean más largos, y que con frecuencia se necesiten rehabilitación, soporte nutricional y seguimiento médico tras la cirugía. La mayoría de los pacientes que sufren una intervención quirúrgica y fallecen en los 30 primeros días tras la misma son pacientes mayores de 80 años y que ya presentaban al ingreso un riesgo según la clasificación de la Sociedad Americana de Anestesia, de III o superior. *(NCPOD 2010*). Consecuentemente, la evaluación de este subgrupo de mayor riesgo, por un especialista en Geriatría, acostumbrado a manejar los problemas médicos, funcionales, mentales y sociales frecuentes en el postoperatorio, puede ser beneficiosa. Los servicios quirúrgicos, especialmente traumatología y cirugía general, son en la actualidad la principal fuente de demanda de interconsultas a los Servicios/Unidades de Geriatría en todos los hospitales en los que la especialidad de Geriatría está presente, y en los últimos años se han desarrollado distintos modelos asistenciales de colaboración sistemática.

Las áreas concretas en las que el geriatra colabora son la valoración preoperatoria, el seguimiento de los problemas médicos y funcionales tras la cirugía así como la planificación de cuidados y ubicación al alta y la fase de convalecencia y transición a su vida habitual tras el alta hospitalaria.

2.2.1. **Valoración pre-cirugía**: El paciente anciano que va a someterse a una cirugía necesita una VGI para:

- Determinar el balance riesgo/beneficio de la cirugía, analizando el riesgo operatorio y de complicaciones posteriores asociado a la co-morbilidad del paciente y evaluando en qué medida esta co-morbilidad contamina los síntomas atribuidos a la patología quirúrgica y que se pretenden resolver con la cirugía.

- Reconocimiento de la discapacidad y fragilidad como marcadores independientes de riesgo de peores resultados e integración de los mismos en el proceso de toma de decisiones. Estudios recientes, realizados tanto en Cirugía General como en Cirugía Cardiovascular, han demostrado como parámetros tan geriátricos como la discapacidad o la fragilidad modifican claramente el riesgo estimado por los scores habitualmente utilizados. Se demuestra como la presencia de 4 enfermedades o síndromes geriátricos aumenta de forma importante el riesgo de mortalidad a 6 meses *(Robinson TN 2009)* o cómo la existencia de fragilidad aumenta entre 2-3 veces el riesgo de complicaciones postoperatorias tras ajustar por el resto de factores de riesgo habitualmente evaluados *(Makary MA 2010; Lee DH 2010).* Es decir existen datos objetivos que demuestran la necesidad de que determinados ancianos de riesgo reciban una VGI previa a la cirugía que ayude en la toma de decisiones *(Cleveland 2010).*
- Colaboración en el tratamiento y estabilización de aquellos problemas médicos que puedan ser optimizados previamente a la cirugía y que suponga una reducción en los riesgos de la misma. Esta colaboración supone un ahorro de pruebas diagnósticas y evaluaciones muchas veces innecesarias, ya que aunque confirman el alto riesgo quirúrgico del enfermo, no contribuyen a modificarlo. Con el fin de evitar múltiples estudios prequirúrgicos innecesarios, especialmente en el anciano, la American Heart Association y el American College of Cardiolgy han publicado recientemente las recomendaciones de los test cardíacos requeridos en la evaluación de un paciente que va a ser sometido a una cirugía no cardíaca *(Auerbach 2006).* La participación del geriatra, conocedor de la evolución y manejo de las condiciones del anciano, ayuda en la optimización del estado del paciente previo a la cirugía, colabora en la decisión del momento óptimo para la cirugía y evita la cascada de estudios y consultas innecesarias *(Solomon DH 2000).*
- Evaluación y optimización del tratamiento farmacológico evitando el uso de fármacos potencialmente inapropiados en el anciano, y que pueden contribuir a la aparición de complicaciones en el postoperatorio *(Firilaison E 2011).*

2.2.2. En la fase postoperatoria, la colaboración del geriatra es esencial para el manejo de determinados aspectos claves en la evolución:

- Prevención y tratamiento del delirium que aparece en el 20-55% de los pacientes ancianos sometidos a cirugía, especialmente tras cirugía de fractura de cadera o cirugía cardíaca, y que aumenta la morbimortalidad de las mismas. Este síndrome típicamente geriátrico, puede ser prevenido hasta en un 30-40% de los casos, con intervenciones específicas (*Inouye 1999, Vidán 2009, Pellfolk TJ 2010*).
- Control del dolor: utilizando la analgesia necesaria para el confort y evitando los fármacos de especial riesgo en el anciano.

- Valoración y mejoría del estado nutricional.
- Control de la polifarmacia: especialmente de fármacos con margen terapéutico estrecho y fármacos de riesgo en el anciano.
- Evitar el deterioro funcional.
- Ayuda a la planificación del alta.

2.2.3. **Seguimiento tras el alta:** La valoración durante el ingreso de los pacientes de perfil geriátrico va a conducir a la detección de síndromes geriátricos que se van a beneficiar de su seguimiento ambulatorio para su control. En el campo de la geriatría los pacientes que debutan con delirium, presentan deterioro funcional durante el ingreso ó cualquiera otro de los conocidos como síndromes geriátricos se van a beneficiar de su posterior valoración evolutiva en consultas específicas de geriatría.

La colaboración del Geriatra es útil también para la selección de los pacientes que precisan una Unidad de convalecencia o de recuperación funcional, generalmente ubicadas en los hospitales de apoyo, cuyas características se detallan en el apartado correspondiente de este documento.

2.3. Modelos Asistenciales Actuales De Colaboración Geriatría- Cirugía: Unidades de Ortogeriatría

En España se producen unas 33.000 fracturas de cadera (FC) al año, con una incidencia anual de entre 500 y 700 casos por cada 100.000 ancianos (*Alvarez L, 2008*) y se estima un incremento de incidencia entre el 0,4% y el 3% anual, al contrario que en otros países del norte de Europa o EEUU donde la incidencia se ha estabilizado en los últimos años. La edad media de los pacientes afectados es superior a 82 años, generalmente con varias comorbilidades asociadas, en más del 30% de los con demencia previa y en 60% de ellos con algún grado de dependencia previo a la fractura (*Hernández JL, 2006*).

A pesar de tratarse de un proceso frecuente y hasta cotidiano (estos pacientes ocupan del 20% al 25% de las camas de los servicios de Traumatología) en los sistemas sanitarios, existe una enorme variabilidad en aspectos relacionados con el manejo y el curso evolutivo de los pacientes, con cifras de mortalidad entre 0.5 y 12%, estancias hospitalarias entre 8 y 29 días y tasas de derivación a Hospitales de apoyo entre 17 y 65% (*Informe Nacional de Salud, Serra JA 2002, Alvarez L 2008).*

La participación de la Geriatría en el manejo de los pacientes con FC durante la fase aguda hospitalaria es ya clásica y ha demostrado beneficios en la reducción de complicaciones médicas durante el ingreso, con distintos modelos de intervención, algunos de los cuales han sido contrastados en nuestro país y en concreto en la Comunidad de Madrid y describiremos a continuación:

2.3.1. **Equipos consultores de Geriatría:** Comenzaron en Inglaterra a lo largo de los años 80. La eficacia de la actividad que realizan estos equipos en algunos servicios ha sido controvertida por diferentes autores pero no ocurre así en las salas de Traumatología. En estas salas han sido en general bien recibidos por los profesionales y sus resultados les han hecho imprescindibles desde muy pronto. Este sistema de atención permitió trasladar las habilidades clínicas y el manejo de casos de la Geriatría a plantas de los hospitales donde no había estado presente antes. El geriatra atiende al paciente ingresado a cargo del servicio de Traumatología desde una fase precoz del ingreso. Existen diferentes niveles de intensidad, desde los que realizan únicamente visitas y/o sesiones conjuntas con frecuencia semanal, hasta los que realizan el seguimiento diario de los pacientes durante toda la fase aguda. El acceso temprano al paciente por parte del equipo de geriatría posibilita la atención en una fase inicial, abarcando desde el preoperatorio, los cuidados postoperatorios, la prevención y tratamiento de complicaciones, la coordinación de la recuperación funcional y la planificación del alta. Cuanto más precoz e intensa la intervención geriátrica, mejores resultados se obtienen (Alarcón T, Rev Ortop Traumatol 2002).

Se han publicado diversas experiencias de ortogeriatría en España, en pacientes agudos en al menos 24 hospitales (*Cruz Jentoft AJ, 1994; Reig Puig L, 1996; Abizanda Soler P, 1998; Sánchez Ferrín P, 1999; González Montalvo JI, 2001; Casas A, 2005; Fernández Adarve MM, 2005; Herrera J, 2005*). Actualmente éste es un modelo muy extendido en la atención geriátrica a pacientes con FC en fase aguda, especialmente en hospitales que no cuentan con Servicios de Geriatría completos sino con la presencia de algún geriatra.

2.3.2. **Unidades de Ortogeriatría para la fase aguda:** En las unidades de ortogeriatría de agudos los pacientes ingresan desde el Servicio de Urgencias en una unidad de responsabilidad compartida entre ambas especialidades. El fundamento para ello es que la mayoría de estos pacientes cumplen sobradamente los criterios habituales del "paciente geriátrico" y "sólo se distinguen de los ingresados en Geriatría en que además tienen una fractura". Su enfoque se dirige a intensificar la coordinación entre ambos servicios compartiendo la responsabilidad del tratamiento. Siguen a cargo de Traumatología las decisiones sobre el tratamiento y seguimiento de la fractura, motivo principal del ingreso. Por parte de Geriatría supone ejercer un control diario, intenso, desde el ingreso, sobre el manejo clínico de las pacientes, facilitar una recuperación funcional más rápida y planificar el alta hospitalaria, considerando la continuidad de cuidados de forma individualizada y temprana y la derivación al nivel más adecuado a cada caso.

Existen referencias en la literatura (todas ellas publicadas en los últimos años) de al menos 6 unidades de estas características en hospitales del Reino Unido, Israel, Nueva Zelanda, EEUU y España, que demuestran su beneficio y se considera que este modelo de intervención es el que puede proveer los más altos niveles de calidad a los ancianos con FC y podría ser una forma de asistencia en expansión en los próximos años, al menos en hospitales donde ingresan un elevado número de pacientes con la misma.

La Comunidad de Madrid fue pionera en este modelo de intervención con la creación en el año 2000 de la primera Unidad mixta de Ortogeriatría de España en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, tras haber demostrado en un ensayo clínico realizado en el propio hospital y publicado en el Journal of the American Geriatrics Society los beneficios de este tipo de intervención (*Vidán M, 2005*). El modelo se ha extendido posteriormente a otros hospitales y comunidades.

La aparición de nuevos modelos de colaboración adaptados a las peculiaridades del hospital donde se implantan, y que tiendan a ser más sencillos y eficientes, es buena y necesaria. Modelos asistenciales diferentes pueden ser válidos en entornos diferentes, siempre y cuando se evalúen los resultados de los mismos y se demuestre su eficacia.

2.3.3. **Beneficios y Recomendación del tratamiento conjunto:** Existen numerosas evidencias científicas que demuestran los beneficios concretos de la colaboración Geriatría-Traumatología.

Como consecuencia de esta evidencia ya desde 2003, la Best Practice Evidence-Based Guideline del New Zealand Guidelines Group, una guía diseñada para establecer los tratamientos más efectivos en base a la evidencia clínica y epidemiológica disponible, establece la recomendación de que "los hospitales que tratan pacientes mayores de 65 años con fractura de cadera deben ofrecer programas que incluyan valoración multidisciplinaria precoz por un equipo de geriatría" y ello con una evidencia de grado "A" (el de mayor nivel). Así mismo el Departamento de Salud inglés en las recomendaciones asistenciales que establece en su National Service Framework for Older People de 2001 para la modernización y mejora de la calidad de los servicios de salud para las personas mayores, la Guía sobre Prevención y Tratamiento de la Fractura de Cadera en Ancianos de la Red Intercolegiada Escocesa de 2009, la British Orthopaedic Association, Sociedad Española de Geriatría y Gerontología y la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatológica, recomiendan el tratamiento compartido entre traumatólogos y geriatras desde el momento del ingreso por FC.

El coste del tratamiento de las FC es elevado. Constituye más de un tercio de lo que se gasta en los tratamientos de todas las fracturas. La mayor parte del coste se consume en la fase aguda (entre la mitad y dos tercios del total) y el resto en cuidados posteriores (rehabilitación, residencias de ancianos y cuidados en la comunidad).

Varios estudios españoles de los años noventa estiman los costes del tratamiento de la FC entre 429.000 y 1.170.000 pesetas (1.585 € a 5.250 € de 2005). Existen otros estudios de los últimos años en el panorama internacional que estiman el coste en la fase aguda y muestran diferentes cifras. Para su comparación hemos convertido el valor de las monedas de origen a su valor en Euros de 2005. Por ejemplo, se refieren costes de 5.130 € en Italia, 8.100€ en Holanda, 8.700 € en Francia, 9.359 € en Bélgica, 18.245 € en el Reino Unido, 7.500 € en Canadá y 8.091 € a 20.270 € en EEUU, A pesar de algunas desviaciones notables, la mayoría de las estimaciones se encuentran en la horquilla de entre 5.000 y 9.000 €, existiendo menor dispersión de los costes entre los países de la zona Euro.

También tiene interés el análisis de la distribución relativa de los costes en las diferentes partidas que integran esta fase aguda. Al parecer, los costes de la intervención y la reanimación constituyen una parte proporcionalmente pequeña (entre el 8% y el 28%) mientras que la fracción principal se consume en la estancia hospitalaria en la planta (entre el 68% y el 92%), correspondiendo el pequeño porcentaje restante a las pruebas complementarias (4% al 7%). En base a estos datos se deduce que la mejor forma de reducir costes en la fase aguda pasa por el acortamiento de la estancia hospitalaria. Así lo demuestran varios estudios económicos de intervención en fase aguda: En el Servicio de Geriatría del Hospital de Albacete, la interconsulta de un equipo de geriatría redujo la estancia de los 381 casos consultados en Traumatología en un 13%, lo que supuso un ahorro de 199 € por caso y un ahorro neto de 38.326 € anuales después de haber descontado el coste del propio equipo consultor (*Oliver Carbonell JL, 1997*).

En el 2010, se ha publicado la comparación entre el equipo interconsultor del Hospital Universitario La Paz y la Unidad de Ortogeriatría del mismo hospital, mostrando una reducción del 33% de la estancia hospitalaria a favor de las unidades ortogeriátricas de agudos (12 días de estancia frente a 18 días), sin empeoramiento en la situación funcional al alta (*González-Montalvo JI, 2010*). El Instituto de Información Sanitaria, en su publicación del 2010 sobre la atención a la fractura de cadera en los hospitales del SNS, da una estancia media de hospitalización por fractura de cadera en la Comunidad de Madrid de unos 17-18 días.

En 2011 se ha publicado un análisis de costes globales comparativos entre ambos modelos (considerando la estancia hospitalaria en fase aguda, como la estancia en unidades de media estancia de recuperación funcional). La Unidad geriátrica de agudos obtuvo un ahorro de costes por paciente de entre 1.207 € y 1.633 € mediante el modelo de coste por proceso y de 3.741 € mediante el modelo de costes por estancias (*González-Montalvo JI*).

2.3.4. **Unidades de Ortogeriatría existentes en la Comunidad de Madrid:**

- Hospitales con Unidad de Ortogeriatría multidisciplinar:
  - Hospital General Universitario Gregorio Marañón: Unidad de ortogeriatría con atención mixta fase aguda (en el H.G.U. Gregorio Marañón) y fase de rehabilitación (IPR).
  - Hospital Clínico San Carlos: Unidad de Ortogeriatría
  - Hospital Universitario La Paz: Unidad de Ortogeriatría en cada uno de los dos servicios de traumatología.
  - Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela: Unidad de Ortogeriatría para cirugía programada de cadera y rodilla
  - Hospital Universitario Infanta Sofía: Unidad de Ortogeriatría

- Hospitales con equipo interconsultor de Geriatría y atención diaria a los pacientes con fractura de cadera:

  - Hospital Universitario de Getafe
  - Hospital Universitario Infanta Leonor
  - Hospital Universitario Ramón y Cajal
  - Hospital Universitario Severo Ochoa
  - Hospital Universitario de Móstoles
  - Hospital del Henares
  - Hospital Infanta Elena
  - Hospital Universitario de Fuenlabrada
  - Hospital Central de la Defensa Gómez-Ulla
  - Hospital Universitario Santa Cristina

- Hospitales sin atención geriátrica en el paciente con fractura de cadera:

  - Hospital Univaersitario 12 de Octubre
  - Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda
  - Fundación Jiménez Díaz
  - Hospital Universitario de La Princesa
  - Hospital Universitario Príncipe de Asturias
  - Hospital Universitario del Sureste
  - Hospital del Tajo
  - Hospital Universitario Fundación Alcorcón
  - Hospital Universitario Infanta Cristina
  - Hospital El Escorial

2.4. Colaboración de Geriatría y Servicios de Rehabilitación en Relación con Patologías Quirúrgicas

2.4.1. Colaboración en rehabilitación tras cirugía traumatológica. La fractura de cadera como paradigma:

Los datos epidemiológicos disponibles para fractura de cadera y, posiblemente, en el resto de patologías quirúrgicas atendidas en personas mayores en hospitales presentan un cambio significativo en la última década: el aumento de la edad media de los ancianos intervenidos se acerca a los 85 años. Sin duda, este fenómeno unido a las características de comorbilidad de esta población condiciona un incremento en las necesidades de atención post-aguda en unidades de rehabilitación y convalecencia suficientemente dotadas para la mejoría clínica y recuperación funcional. Si bien, la inmensa mayoría de los mayores de 70 años tras cirugía de cadera tradicionalmente han podido ser reintegrados a su ámbito familiar, los mayores de 85 años, aquellos que viven solos y los que sufren complicaciones médicas durante su estancia, necesariamente requieren recursos específicos que garanticen su recuperación en las mejores condiciones.

Los geriatras han desarrollado dispositivos complementarios en hospitales de Apoyo con ayuda de profesionales de rehabilitación, trabajo social y enfermería para dar cabida a un porcentaje variable (entre un 15-45% de los casos) de ancianos intervenidos quirúrgicamente, según criterios de admisión y estancia pactada en función de objetivos de recuperación funcional.

Las guías de práctica clínica (aunque carecen de datos sólidos) reconocen esta necesidad y valoran, como alternativa a dichos servicios hospitalarios, los dispositivos residenciales, soporte domiciliario complejo y otros de tipo ambulatorio, aunque con ligera menor eficacia terapéutica en función del perfil de fragilidad del sujeto. La correcta labor del equipo interdisciplinar consiste en seleccionar con la mayor fiabilidad los candidatos a las distintas opciones terapéuticas con una visión de máxima eficiencia.

Los principales determinantes de necesidad de traslado a Unidades hospitalarias o, alternativamente, residenciales (es decir, no directamente a domicilio) aparecen reflejadas en la literatura (Tabla 4.2).

Tabla 4.2 Determinantes de necesidad de traslado a Unidades de apoyo al alta hospitalaria por fractura de cadera en el anciano

Situación sociofamiliar	Vivir solo y no contar con apoyo familiar Ser cuidador principal de otras personas
Situación funcional	Pérdida funcional severa con progresión enta en la capacidad de deambular al iniciar la marcha tras la corrección quirúrgica. Situación de fragilidad que pone en riesgo la movilización progresiva en domicilio
Situación clínica	Complicaciones médicas que precisen continuidad de cuidados hospitalarios (presencia de delirium, malnutrición severa, infección,…)
Situación traumatológica	Indicación de mantener hospitalización por resultado técnico no adecuado para reiniciar la marcha (descarga) y ausencia de soporte social

De hecho, se ha de construir un algoritmo de derivación teórico para el área de Ortogeriatría, basado en la evidencia científica, en el que los principales elementos de toma de decisión sean al menos los siguientes:

- Capacidad de movilización/deambulación en el hospital
    - Limitada por indicación quirúrgica (marcha en descarga)
    - Limitada por deterioro cognitivo (falta de colaboración)
    - Limitada por otra causa (complicaciones médicas)
    - Sí es capaz pero presenta limitaciones severas para realizar las actividades básicas de la vida diaria
    - Sí es capaz de deambular algo, pero no es capaz de realizar las actividades básicas en absoluto
    - Sí es capaz de deambular, pero se encuentra inestable clínicamente
- Situación sociofamiliar
    - Vive solo, con medios a su alcance para regresar a su domicilio o al de algún familiar
    - Vive solo, sin medios a su alcance para ser ubicado en domicilio alguno
    - Institucionalizado con anterioridad
    - Vive en domicilio familiar y cuenta con apoyo suficiente
    - Vive en domicilio familiar pero cuenta con escaso apoyo

La combinación de ambos parámetros da lugar a un conjunto de pacientes que exige una evaluación interdisciplinar que, en función de la disponibilidad de recursos, permita elegir la mejor salida posible tanto en lo que respecta al paciente como a la sostenibilidad del sistema.

Según esta distribución de pacientes y necesidades, la Comunidad de Madrid ha dispuesto una serie de dispositivos que se resumen a continuación:

- **Rehabilitación ambulatoria**: tras ser dados de alta, algunos pacientes precisan recuperación por fisioterapeutas o terapeutas ocupacionales con el objetivo de ser reinsertados en su medio familiar. Los inconvenientes derivados de esta modalidad son el desplazamiento del anciano (cada vez son más ancianos) y la lista de espera. Por esta razón, apenas se deriva un pequeño porcentaje de ancianos a esta modalidad.
- **Rehabilitación domiciliaria**: a la espera de conocer mejor la dotación y financiación de este servicio en las distintas áreas sanitarias de la CM, queda probado en la literatura médica el beneficio que aporta al anciano que habiendo perdido autonomía en grado importante, dispone de un soporte suficiente para ser tratado en periodos cortos en el ámbito familiar. Este servicio ha sido externalizado sólo en algunas áreas de nuestra Comunidad. Su eficacia es similar a la de la rehabilitación efectuada en Hospitales de Día a tal efecto y se equipara a algunas Unidades de Media Estancia no especializadas.
- **Rehabilitación en centros de subagudos / media estancia**: las guías de práctica clínica recomiendan la existencia de este recurso geriátrico por cuanto la prestación multidisciplinar garantiza una mejor recuperación en aquellos ancianos con especial dificultad para recuperar tanto el declive funcional como la convalecencia de determinados problemas médicos inherentes al proceso quirúrgico (especialmente cuadro confusional agudo, malnutrición severa, infecciones o descompensación de cuadros base de origen cardiorrespiratorio), rehabilitación compleja por fracturas múltiples, déficits neurológico asociado. Se estima una estancia que oscila entre 15 y 25 días en función del perfil de admisión.
- **Rehabilitación en Residencias Temporales:** reservada para el caso en que la recuperación funcional esté condicionada a una situación sociofamiliar específica, estimando una estancia entre 2-3 meses. El concierto con estos establecimientos ha permitido descargar algunos casos de especial complejidad social (ej: pacientes en descarga o que precisan rehabilitación prolongada y viven solos o tienen una situación social muy frágil) que, de otro modo, ocuparían camas de ámbito hospitalario.

Según esta descripción y con el conocimiento de la práctica habitual en nuestros hospitales se puede estimar el número aproximado de camas necesarias para rehabilitación de fractura de cadera en la CM. Partiendo de una incidencia de 100 caso/100 mil habitantes/año, y sabiendo que el 90% se produce en mayores de 65 años, en Madrid se contaría con una casuística de unas 5500-6000 fracturas al año en este grupo etario.

De estos datos se puede deducir la siguiente distribución general de altas hospitalarias (tabla 4.3) según la edad (referencia 6000 fracturas/año), que se verían incrementados en función del aumento anual de incidencia en relación con el envejecimiento poblacional y la necesidad de atención geriátrica a otras patologías del miembro inferior no incluidas en el GRD 820.0 de fractura de cadera:

Tabla 4.3 Distribución general de altas en ancianos con fractura de cadera. Proyección sobre datos propios (Hospital Santa Cristina)

CÁLCULOS ESTIMADOS PARA 6.000 FRACTURAS DE CADERA	65-81 AÑOS % (N)	> 81 AÑOS % (N)	TOTAL % (N)
Fallecidos	1% (20)	4% (160)	3% (180)
Alta domicilio *	80% (1600)	50% (2000)	60% (3600)
Alta residencia **	3% (60)	5% (200)	4,3% (260)
Alta Centro subagudos-convalecencia	6% (120)	15% (600)	12% (720)
Alta Centro media estancia-recuper. funcional	9% (180)	25% (1000)	19,7% (1180)
Otro destino	1% (20)	1% (40)	1% (60)
Total	100% (2000)	100% (4000)	100% (6000)

* De ellos, reciben RHB ambulatoria y domiciliaria un 5 y un 8% respectivamente
** Residencias temporales un 35% de los casos

Según datos del H.G.U. Gregorio Marañón, con pacientes de mayor complejidad probablemente que los intervenidos en H.U. Santa Cristina (Tabla 4.4)

Tabla 4.4 Distribución general de altas en ancianos con fractura de cadera. Proyección sobre datos propios (Hospital General Universitario Gregorio Marañón)

CÁLCULOS ESTIMADOS PARA N: 6.000 CASOS	
Fallecidos	4% (240)
Alta domicilio *	35% (2100)
Alta residencia	10% (600)
Alta hospital subagudos**	30% (1800)
Alta hospital media estancia	20% (1200)
Otro destino	1% (60)
Total	100 (6000)

** Incluye aquellos que sólo necesitan hospital de subagudos (tras H subagudos son dados de alta a domicilio)

A partir de estos datos se puede estimar el número de camas necesarias para atención a ancianos con FC en fase de rehabilitación, tomando en consideración un pacto asistencial que garantice una estancia media por proceso entre los 15 días de las Unidades de subagudos y los 25-30 días de las Unidades de Recuperación Funcional o Media Estancia.

Así, según el cuadro anterior, para atender a 1800 pacientes/año en Subagudos, con una estancia de 15 días por paciente, serían necesarias 75 camas. Del mismo modo, para atender a 1200 ancianos /año en camas de recuperación funcional o Media Estancia, serían necesarias aproximadamente 82 camas, con una estancia media de 25 días. Es decir, consumirían un total de 57000 estancias, para una estancia media global de 21,2 días.

La existencia de más equipos de rehabilitación domiciliaria, así como el aumento de ayuda social a domicilio, para la realización de las actividades de la vida diaria, podría disminuir el número de camas de subagudos necesarias.

2.4.2. **Rehabilitación tras otras patologías quirúrgicas en el anciano:** Aunque no existe evidencia científica probada de que intervenciones específicas o unidades especializadas en ancianos con otro tipo de cirugías del aparato locomotor o de otras especialidades quirúrgicas permitan reducción de recursos y mejoría pronóstica, sin embargo, la tendencia a que las poblaciones atendidas sean cada vez más ancianas y la frecuencia con la que ocurre deterioro funcional, sí genera mayor proporción de contacto con equipos consultores de Geriatría y se han publicado algunos estudios sobre colaboración geriátrica con otros servicios quirúrgicos. Este es el caso de Urología, Cirugía Colorrectal o Cirugía Cardiaca entre otras. En este caso, la evaluación geriátrica integral también resulta válida para la selección de los pacientes que pueden beneficiarse de ser trasladados a Hospitales de subagudos, tanto a unidades de convalecencia para cuidados médicos fundamentalmente, como a unidades de media estancia para recuperación de la funcionalidad perdida por la hospitalización y la cirugía.

2.5. Estrategias Propuestas para Mejorar la Colaboración con los Servicios Quirúrgicos

2.5.1. Estrategia 1: **Asegurar la atención combinada de Traumatología y Geriatría a todo anciano que se somete a cirugía de fractura de cadera en la Comunidad de Madrid**

Los beneficios del tratamiento combinado entre ambas especialidades, desde el momento del ingreso, están claramente demostrados como se ha explicado anteriormente y este modelo de atención mixta es una recomendación de las principales guías de práctica clínica de las distintas Sociedades Científicas a nivel internacional.

La Comunidad de Madrid ha sido pionera en España en la instauración de Unidades de Ortogeriatría, para atender al anciano con fractura de cadera, en algunos hospitales, sin embargo, muchos hospitales todavía no ofrecen ningún tipo de atención geriátrica a estos pacientes. Esta falta de equidad en el acceso a un tratamiento claramente beneficioso, asociada únicamente al lugar en el que uno reside en la propia comunidad, no es deseable y no debe mantenerse.

Por lo tanto, en todos los hospitales grandes, que tienen un volumen importante de cirugías de fractura de cadera al año, deben desarrollarse en los próximos años unidades de tratamiento orto-geriátrico combinado, que incluye la fase preoperatoria, la fase aguda postoperatoria y la fase de rehabilitación. No existe un modelo único para estas unidades ni todas las fases tienen porqué llevarse a cabo en el Hospital de Agudos, por lo que en cada centro y de acuerdo a las circunstancias locales se desarrollará el modelo que pueda resultar más eficiente. Lo que sí está claro es que el geriatra debe participar en el tratamiento durante toda la fase aguda (alto nivel de evidencia) y aunque menos prioritaria, también es recomendable su participación en la fase de rehabilitación, especialmente en los pacientes frágiles.

En los hospitales más pequeños deben crearse protocolos asistenciales que aseguren que el/los geriatras del equipo consultor evalúen al anciano con fractura de cadera lo antes posible tras el ingreso y colaboren en el seguimiento postquirúrgico.

2.5.2. Estrategia 2: **Mejorar la calidad de la atención al anciano en los Servicios quirúrgicos.**

2.5.2.1. Identificación de los pacientes con riesgo de complicaciones específicamente geriátricas o riesgo de desarrollar dependencia tras la intervención. Desarrollo de herramientas sencillas que permitan al cirujano identificar a dichos pacientes y consultar con los equipos de geriatría cuando sea necesario. Los principales criterios para realizar interconsulta a Geriatría desde el momento del ingreso son:

- Todos los mayores de 85 años
- Mayores de 70 años con deterioro cognitivo previo
- Mayores de 70 años con más de 5 fármacos crónicos (especialmente si estos incluyen antidepresivos, sedantes, anticolinérgicos….)
- Mayores de 70 años con síndromes geriátricos asociados: antecedentes de delirium, caídas de repetición, malnutrición, fragilidad, déficit sensoriales severos
- Mayores de 70 años en los que se prevé que la cirugía causará hospitalización o inmovilización prolongadas

2.5.2.2. Protocolizar modificaciones al tratamiento habitual de muchos procesos quirúrgicos que puedan prevenir complicaciones intrahospitalarias:

- Tareas formativas sobre la prevención del delirium (alto nivel de evidencia de su beneficio en la literatura científica)
- Protocolos de movilización precoz
- Protocolos de valoración nutricional

2.5.2.3. Sistematizar la evaluación por parte de los Servicios de Geriatría y Rehabilitación de todos aquellos ancianos que como consecuencia de una intervención han desarrollado una dependencia que no tenían previamente.

2.5.2.4. Establecer un sistema de derivación a Consultas de Geriatría de los pacientes que durante el ingreso en cirugía han desarrollado delirium sin tener alteración cognitiva previa, o han comenzado a ser dependientes.

2.5.3. Estrategia 3: Consolidar el papel de la Geriatría en los procesos de decisión sobre la cirugía en el anciano.

Incluir una valoración geriátrica integral realizada por un especialista, en la evaluación habitual de cirugía y anestesia, en todos aquellos pacientes ancianos complejos y con síndromes geriátricos o fragilidad asociadas.

Establecer consultas mixtas de evaluación.

Crear scores de riesgo incluyendo parámetros geriátricos, más allá de la edad y comorbilidad habitualmente utilizados.

2.5.4. Estrategia 4: Promover la realización de un registro de pacientes con fractura de cadera en la Comunidad de Madrid, que permita recoger datos comunes sobre los distintos aspectos de su tratamiento, con el fin de conocer la variabilidad existente y mejorar la calidad asistencial.

2.6. Propuestas Concretas de Colaboracion con los Servicios Quirúrgicos

2.6.1. **En relación con los Servicios de Cirugía**

- Consolidar la aportación de la Geriatría como modelo de colaboración hospitalaria imprescindible en el ámbito quirúrgico en los ancianos que presentan riesgo de complicaciones y de consumo elevado de recursos: cirugía de fracturas, cirugías agresivas, etc.
- Sistematizar la colaboración desde el preoperatorio hasta la recuperación tras el alta.
- Difusión de los beneficios demostrados con esta colaboración.

- Todos los hospitales que realicen cirugías ortopédicas, cirugía abdominal y cirugía vascular o urológica agresiva en ancianos, deberán contar con la presencia de un equipo mínimo de Geriatría (al menos 2 geriatras y una enfermera formada en Geriatría) que puedan actuar como consultores para la valoración y seguimiento de problemas geriátricos específicos. Este es un aspecto clave que condicionará en gran medida el proceso de Libre Elección de hospital para cirugías programadas cuando ésta se ponga en marcha.
- En todos los hospitales que realizan cirugías en paciente anciano debe existir un protocolo mínimo de valoración para detección de ancianos de riesgo, y la posibilidad de una valoración geriátrica integral de todos aquellos que como consecuencia de la cirugía han sufrido pérdida de autonomía, que determine el potencial rehabilitador y el lugar apropiado para realizar dicha rehabilitación.

2.6.2. **Colaboración en el tratamiento del paciente con fractura de cadera**

- Todos los hospitales que realizan intervenciones de fractura de cadera deben contar con un modelo asistencial de intervención geriátrica durante la fase aguda (equipo interconsultor /Unidad de Ortogeriatría) para la atención conjunta de estos pacientes. Sin embargo, todavía bastantes hospitales de la Comunidad de Madrid carecen de esta colaboración, sin ni siquiera un solo geriatra que pueda actuar como interconsultor. En los próximos años se deberían crear equipos de Geriatría en todos los hospitales que carecen de ellos y realizan intervenciones de cadera.
- Se desarrollarán, junto con los Servicios de Rehabilitación, protocolos de derivación de los pacientes tras fractura de cadera a los Hospitales de Apoyo para evitar la gran variabilidad existente entre las distintas áreas sanitarias actualmente.
- Se asegurará un número suficiente de camas de subagudos y de media-larga estancia, que permitan el ingreso para recuperación funcional del grupo de pacientes más frágiles y según unos criterios comunes de derivación. Se calcula que el número de camas necesarias en Hospitales de Apoyo sólo para rehabilitación tras fractura de cadera sería de unas 160. A esto habría que añadir un número suficiente de camas en residencias temporales.
- Diseñar un registro mínimo de datos, que incluya variables de situación funcional y ubicación, de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes realizados en ancianos, y permita la evaluación de los resultados. El control y análisis de los principales resultados en salud mejora la calidad asistencial y disminuye la variabilidad entre hospitales.

3.- PAPEL DE LA GERIATRIA EN EL MANEJO DEL ANCIANO CON ICTUS

3.1. El Anciano con Ictus

La incidencia de Ictus en la población anciana es muy elevada: El 80% ocurren en mayores de 65 años; el 50% en los mayores de 75 años y un 30% en los mayores de 80 años *(Johanson B 2000, Rothwell PM 2005)*. Las consecuencias son devastadoras y constituye la principal causa de discapacidad severa en los países desarrollados *(Markus H 2007, Brainin M 2005, Langhorne L 2002)*. Basándonos en datos españoles a los seis meses del Ictus el 26% de los pacientes han fallecido, el 41% mantienen su independencia y el 32% son dependientes. Se estima que más del 40% de los que sobreviven mantienen algún tipo de limitación funcional (*Durán 2004, Boix 2006*). Según datos de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (*INE 1999*) el 73% de los mayores de 65 años dependientes lo son por la enfermedad cerebrovascular. De ellos, un tercio tiene dependencia leve, el 50% dependencia moderada, y el 16% dependencia grave.

Dentro de este contexto hay que destacar algunos aspectos esenciales para el tratamiento:

- Evitar el ageismo: discriminación en el abordaje integral en razón de la edad avanzada del sujeto (Young J 2006).
- La capacidad funcional previa al Ictus es el verdadero predictor de morbi-mortalidad (Jaramillo Gómez E, 2005).
- Individualizar la toma de decisiones con respecto a la prevención primaria en sujetos mayores de 75 años, donde existe aún hoy una clara falta de evidencia para gran parte de los factores de riesgo (De la Fuente Gutiérrez C,2003. Aronow WS, 2007).
- Actualmente la trombolisis, hay que tener en cuenta que no es aplicable en mayores de 85 años y solo alcanza a menos del 5% de los ancianos menores de 85 años con ictus. Consecuentemente, a pesar de la eficacia probada de la trombolisis y el optimismo sobre el tratamiento en la fase aguda, estas intervenciones tienen solo un impacto modesto en el resultado final debido a la limitación de su uso en el paciente anciano.
- Suelen ser ancianos muy mayores, con pluripatología, polifarmacia, problemas físicos, mentales y sociales que complican enormemente el manejo global, que influye en el pronóstico del Ictus.

- Asegurar la valoración de la posibilidad de rehabilitación. Más de 30 estudios aleatorizados y controlados, aportan evidencia sobre la rehabilitación del ictus. La rehabilitación temprana y multidisciplinaria es la pieza clave del manejo del Ictus, es aplicable a la mayoría de los supervivientes y existe evidencia científica de su efectividad en todos los pacientes, independientemente de la severidad del mismo (Kalra 2006). Se debe hacer por tanto el mayor esfuerzo en mejorar, de forma general, el manejo en la fase aguda, incluyendo programas de rehabilitación precoz en los pacientes ancianos (Gilligan, 2005).
- El mal pronóstico a corto plazo, en pacientes muy ancianos está relacionado además de con la repercusión neurológica y funcional del Ictus, con la edad, y el grado de discapacidad previa. La presencia de fibrilación auricular empeora el pronóstico a largo plazo (Kammersgaard, 2004. San Cristóbal-Velasco, 2005, Baztán 2008).
- Los ancianos pueden beneficiarse de la terapia rehabilitadora tanto o más que los adultos jóvenes, aunque hay una gran heterogeneidad en la respuesta. En edades muy avanzadas, aunque la posibilidad de recuperar la independencia tras un Ictus moderado-grave puede ocurrir en menos de un 30%, la respuesta al tratamiento rehabilitador multidisciplinar intrahospitalario puede hacer que incluso los mayores de 85 años recuperen de media el 50% del déficit funcional sufrido (Nakayama, 1994; Dobkin, 2004 y 2005; Baztán 2007). Esto obliga a diversificar las alternativas de rehabilitación y, por tanto, a manejar distintos niveles asistenciales, con diferentes perfiles e intensidades de trabajo rehabilitador (Estrategia ictus SNS).

Todos estos datos justifican la presencia de un especialista de geriatría como un integrante más en los equipos de atención al anciano con Ictus.

3.2. Programas de Recuperación Funcional Multidisciplinar en U.Geriátricas

La recuperación funcional y reintegración social del anciano con Ictus es un proceso de intensidad progresiva y orientado por objetivos, que pretende prevenir complicaciones, minimizar el déficit funcional y conseguir la máxima mejoría posible en cada caso, para facilitar la autonomía personal y la reintegración familiar y social. Debe ser precoz, coordinada y continua a lo largo de las diferentes fases y ámbitos de atención. Los pacientes deben tener acceso a un equipo multidisciplinario (que incluya médico geriatra, rehabilitador, enfermería especializada, terapeutas y trabajadora social) que aborde de manera integral y coordinada el conjunto de áreas afectas. Su evaluación debe hacerse mediante escalas estandarizadas válidas y fiables (AHA Medical/Scientific Statement) y debe incluir además de las áreas motoras, perceptivas sensitivas y visuales, la capacidad de lenguaje, aspectos cognitivos y emocionales, también la situación funcional. La valoración de la

discapacidad física recogerá tanto las actividades de la vida diaria básicas como instrumentales.

Es esencial estimar los objetivos funcionales para cada paciente y programar las intervenciones adecuadas de tratamiento que sean relevantes y eficaces en coherencia con dichos objetivos (Dobkin BH, 2004, Royal College of Physicians 2004). El proceso de recuperación ha ser reevaluado periódicamente y si es preciso reajustado a nuevas situaciones, siendo imprescindible la especialización del equipo en el conocimiento y control de las patologías y complicaciones más prevalentes en estos pacientes (comorbilidad, cardiopatía, infecciones, depresión, dolor, etc), para que la teraqpia rehabilitadora pueda realizarse de la manera más intensiva y eficaz posible.

La recuperación funcional es un proceso educativo que implica a los pacientes, familiares y/o cuidadores en la toma de decisiones, aceptación social y mantenimiento de las ganancias obtenidas con el tratamiento. El equipo multidisciplinar debe conocer y utilizar los recursos comunitarios y socio sanitarios del área en la que trabaja para la pronta reintegración del paciente.

El tratamiento de los pacientes, debería realizarse en una Unidad de Ictus (Scottish Intercollegiate Guidelines 2010, Stroke Unit Trialist 2007) que son unidades hospitalarias integradas por un equipo multidisciplinar coordinado, especializado y entrenado en el cuidado de estos pacientes, que dispone de protocolos de actuación y manejo basados en la mejor evidencia científica disponible (Langhorne 2002). Los componentes característicos de las Unidades de Ictus son (Stoke Unit Trialist 2007, Langhorne 2002):

- Valoración precoz por un equipo multidisciplinar entrenado, compuesto por médico, enfermera, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, logopeda y trabajador social.
- Protocolos de manejo propios: movilización precoz; prevención de complicaciones especialmente úlceras por presión, infecciones, tratamiento de hipoxia etc.
- Protocolos de rehabilitación respetando todos los pasos del proceso: valoración, establecimiento de objetivos, intervención, revaloración. Esto se realiza mediante reuniones periódicas multidisciplinares en las que, además de establecer unos objetivos terapéuticos, se establece, de forma precoz, un plan de alta con una previsión de cuidados al alta.
- Los beneficios de estas unidades estan determinados por el grado de coordinación de los cuidados por parte de un equipo multidisciplinar; la estrecha participación de los cuidadores en el proceso rehabilitador; la experiencia de los profesionales en esta patología; y a la existencia de programas de formación para profesionales, pacientes y cuidadores (Young J 2007).

Esta forma de trabajo multidisciplinar, estableciendo planes de cuidados personalizados que incluyen la recuperación de la independencia de las distintas actividades de la vida diaria, con seguimiento tras el alta, constituye la forma clásica de trabajo de la geriatría. El tratamiento en estas unidades multidisciplinares para pacientes con Ictus ha mostrado beneficio para todos los pacientes, independientemente de la severidad del mismo y edad de los pacientes, reduciendo en un 20% el riesgo de muerte, institucionalización o dependencia al año, especialmente en aquellas unidades que inluyen el tratamiento en la fase subaguda (Stroke Unit Trialists' Collaboration. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007). Frente a otras intervenciones (como por ejemplo la trombolisis que llega a menos de un 5% de la población anciana, el tratamiento en unidades de Ictus puede aplicarse a todos los pacientes que lo han sufrido, lo que redunda en un mayor impacto poblacional, que en términos absolutos significa que las unidades de Ictus, en el caso de los ancianos, pueden evitar 5 casos de muerte o dependencia de cada 100 pacientes tratados, frente a 1 caso de cada 100 evitado por la trombolisis (Gilligan 2005).

3.3. Propuestas Concretas en la colaboración de Geriatría en el manejo del Ictus

- Protocolizar la atención en todas las fases de evolución ictus: Todo anciano que ha sufrido un ictus debe tener acceso a una evaluación por un equipo multidisciplinar, que incluya rehabilitadores y expertos en valoración geriátrica, para asegurar el acceso a la rehabilitación más apropiada para reducir al máximo la discapacidad y favorecer la vuelta a su domicilio.

CAPITULO V: HOSPITALES DE APOYO DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA

Coordinador

Pedro López-Dóriga Bonnardeaux. Hospital de La Fuenfría.

Grupo de Trabajo

Luis Carlos Arranz Santamaría. Hospital Virgen de la Poveda.

Carolina Arroyo González. Fundación Instituto San José, Madrid

Margarita Hierro Villarán. Hospital Virgen de la Poveda.

Jesús Minaya Sáiz. Hospital de Guadarrama.

Carmen Osuna del Pozo Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Florencia Pérez Rojas. Hospital Virgen de la Torre.

Begoña Prado Villanueva. Hospital de Guadarrama.

1.- IDEAS CLAVE

- Los ancianos son el grupo de edad que mayor prevalencia tiene de enfermedades crónicas que en muchas ocasiones genera discapacidad y dependencia. Éstos son los factores que más influyen en la calidad de vida, a veces más que la propia enfermedad crónica *(Fried LP 2004)*.
- La capacidad funcional es el parámetro más fiable, cuantificable, y con mayor poder de discriminación entre los ancianos *(Rubenstein LV 1989)*, siendo un marcador pronóstico de mortalidad global *(Manton KG 1988)*, de recuperación de la enfermedad aguda *(Mayer-Oakes SA 1991)*, de necesidad de cuidados continuados y de institucionalización *(Foley DJ 1992, Volinsky FD 1992)*, así como de la duración y de los costes de la hospitalización y de los costes de los cuidados sanitarios *(Lubitz J 2003)*.
- Una mejor situación funcional se asocia a una mayor expectativa de vida sin un aumento de los gastos totales de salud; por el contrario, cuanto peor sea la situación funcional, menor es la expectativa de vida y mayores los gastos de salud *(Jaramillo E, 2006)*.
- La discapacidad y la dependencia no son el resultado final, estático e irreversible de la enfermedad. La mitad de los ancianos desarrollan discapacidad de forma brusca como consecuencia de un proceso agudo que origina hospitalización, mientras que la otra mitad la desarrollan de forma progresiva lo que permite establecer modelos e intervenciones que prevengan su aparición *(Ferrucci 1996)*.
- En torno al 30% de las personas mayores que requieren hospitalización experimentan algún grado de deterioro funcional en el momento del alta, llegando al 50% en los mayores de 85 años *(Sager MA 1996, Covinsky KE 2003)*.
- El diagnóstico médico no suele ser un buen predictor del deterioro funcional. Por el contrario es el propio proceso asistencial el que resulta crucial en el desarrollo de incapacidad por un proceso agudo y el que ofrece mayores posibilidades de intervención *(Pérez Martín A 2001)*.
- Está demostrado como la atención directa por equipos geriátricos multidisciplinares en unidades con estructura física y asistencial definida es más eficiente que la proporcionada en unidades convencionales *(Baztan JJ 2011)* y determina un menor riesgo de deterioro funcional al alta y de ingreso en una residencia, sin mostrar diferencias en la mortalidad *(Baztan JJ 2009)*.
- Para una adecuada respuesta al paciente crónico es imprescindible una coordinación con los dispositivos de asistencia social. En este contexto, los hospitales de apoyo juegan un papel fundamental en la continuidad de los cuidados de estos pacientes, realizando un énfasis especial en el tratamiento rehabilitador cuando existe un deterioro funcional potencialmente reversible.

- Las unidades de recuperación funcional disminuyen el deterioro funcional, la tasa de institucionalización y la mortalidad cuando se comparan con unidades convencionales que atienden a la población anciana sin una estrategia asistencial estandarizada *(Wieland D 1994, Landefeld CS 1995, Baztán JJ 2000, Bachmann S 2010)*.

2.- MARCO CONCEPTUAL

2.1. Concepto de Hospital de Apoyo. Tipología de los pacientes

Es un tipo de hospital cuya misión primordial es la de contribuir a la atención sanitaria en las áreas más demandadas por los ciudadanos (reducción de la lista de espera quirúrgica, derivaciones desde las urgencias hospitalarias, tratamiento rehabilitador,…) o en áreas especializadas no disponibles en algunos hospitales de tercer nivel (recuperación funcional prolongada, cuidados paliativos, tratamiento de la tuberculosis, daño cerebral irreversible,…), lo que justifica el término de "hospital de apoyo" a otros hospitales de la Comunidad de Madrid. Mediante la adaptación de sus recursos y la especialización en los cuidados procuran atender de forma eficiente a un determinado perfil de pacientes, posibilitando que la actividad de los hospitales de tercer nivel se dirija a la atención de pacientes de alta complejidad que requieren recursos diagnósticos y terapéuticos más avanzados y costosos.

Desde el punto de vista de la asistencia geriátrica especializada, en este documento nos referiremos al modelo de hospital de media y larga estancia dentro del ámbito general de los hospitales de apoyo. Estos centros dedican un tiempo a la asistencia más prolongado que el resto de hospitales, de ahí su denominación de "hospital de media y larga estancia". Oficialmente se definen como aquellos hospitales destinados a la atención de pacientes que precisan cuidados sanitarios, en general de baja complejidad, por procesos crónicos o por tener reducido su grado de independencia funcional para la actividad cotidiana, pero que no pueden proporcionarse en su domicilio, y requieren un periodo prolongado de internamiento (R.D. 1277/2003 de 10 de Octubre). La Comunidad de Madrid cuenta con cuatro hospitales de media y larga estancia de titularidad pública (Hospital de Guadarrama, Hospital de La Fuenfría, Hospital Virgen de la Poveda y Hospital Virgen de la Torre), dos hospitales de media estancia actualmente integrados en un hospital general de titularidad pública (Hospital General Universitario Gregorio Marañón-Instituto Provincial de Rehabilitación (HGU Gregorio Marañón-IPR) y Hospital Universitario La Paz-Cantoblanco); y tres hospitales de titularidad privada con unidades asistenciales concertadas (Fundación-Instituto San José, Hospital Beata María Ana de Jesús, y Clínica SEAR S.A.).

Para la prestación de su actividad asistencial, los hospitales de apoyo se articulan en una serie de unidades funcionales especializadas en un determinado tipo de cuidados sanitarios. Mientras que las unidades de media estancia, de crónicos reagudizados, de cuidados paliativos y de cuidados continuos aparecen de forma general en los hospitales de apoyo, veremos cómo se han creado otras unidades en respuesta a una demanda asistencial concreta y, de forma particular, en determinados hospitales de apoyo (unidad de tuberculosis, unidad de demencias, unidad de pacientes en estado vegetativo,…).

Como a lo largo del documento nos referiremos de forma reiterada a ellas, definiremos las unidades de media estancia, de cuidados paliativos, de crónicos agudizados y de cuidados continuos.

Las **unidades de media estancia** son unidades especializadas en la prestación de cuidados médicos, de enfermería y rehabilitadores que no pueden ni deben ser proporcionados de forma ambulatoria a pacientes que son subsidiarios de los mismos tras haber sobrepasado la fase aguda de su enfermedad y cuyo objetivo es restablecer aquellas funciones o actividades alteradas como consecuencia de diferentes procesos patológicos previos y así favorecer la reintegración en su entorno habitual *(Ávila R 2000)*. Básicamente atiende a dos grupos de pacientes: los que requieren cuidados subagudos médicamente complejos como consecuencia sobre todo de patologías respiratorias y cardíacas; y los que requieren programas de rehabilitación subaguda como consecuencia de procesos incapacitantes, especialmente ictus, procesos traumatológicos y ortopédicos, amputaciones y síndromes de inmovilidad con potencial de recuperación a corto o medio plazo. A menudo, los pacientes comparten características de los dos grupos. Las unidades de media estancia también son denominadas unidades de convalecencia, de recuperación funcional geriátrica y de cuidados postagudos, subagudos, transicionales o intermedios.

Las **unidades de cuidados continuos** o de larga estancia son unidades especializadas en la prestación de cuidados básicos hospitalarios, tanto médicos como de enfermería, que no pueden ni deben ser proporcionados de forma ambulatoria ni en residencias asistidas a pacientes con una patología crónica en permanente inestabilidad o dependencia de medios terapéuticos hospitalarios y un deterioro funcional establecido únicamente subsidiario de rehabilitación de mantenimiento; no obstante, algunas unidades de cuidados continuos admiten a pacientes con posibilidades razonables de recuperación funcional a largo plazo. A menudo se ha cuestionado su dependencia del medio hospitalario al solaparse en la prestación de cuidados con las residencias asistidas.

De hecho, no existe un consenso sobre la necesidad de estas unidades ni de las características que las diferencian de las residencias asistidas. Teóricamente disponen de unos niveles mínimos de estructura y de funcionamiento que incluyen la atención médica durante las 24 horas, tratamientos médicos más complejos (medicación intravenosa, por ejemplo), atención a las situaciones agudas y analítica y radiología básicas *(SEGG 2005)*. Las principales patologías que motivan el ingreso son las complicaciones derivadas de una situación de deterioro funcional establecido (úlceras cutáneas, por ejemplo) y las patologías orgánicas avanzadas, entre las que destacan la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la insuficiencia cardiaca y la enfermedad cerebrovascular *(SEGG 2001, SEGG 2005)*.

Las **unidades de cuidados paliativos** son unidades especializadas en la atención integral del paciente en fase terminal y de sus familias, dentro del marco asistencial de los cuidados paliativos, proporcionando el máximo confort posible, disminuyendo su incertidumbre y sufrimiento y dando respuesta a sus expectativas. Las unidades de cuidados paliativos enmarcadas en los hospitales de apoyo son las denominadas “de media estancia”, dirigidas a acoger a los pacientes cuyo control sintomático sea muy difícil realizarlo en domicilio, que no quieran o puedan fallecer en su casa, que precisen de periodos predeterminados de rehabilitación y convalecencia y para descanso del cuidador principal.

A la hora de referirnos al anciano con una enfermedad aguda debemos distinguir dos perfiles posibles. En primer lugar, el anciano frágil que presenta un proceso agudo, que se encuentra en riesgo sufrir deterioro funcional y que precisa los medios diagnósticos y terapéuticos de un hospital general, estando indicado su ingreso en una unidad geriátrica de agudos *(Baztán JJ 2009)*. En segundo lugar, el anciano con una patología crónica conocida y tratada, a menudo con un deterioro funcional establecido, que presenta una reagudización de su enfermedad crónica o un proceso agudo que no requiere medios diagnósticos ni terapéuticos de alta complejidad.

Las **unidades de crónicos agudizados** son unidades especializadas en los cuidados médicos y de enfermería de este segundo tipo de pacientes. Habitualmente son valorados en el servicio de urgencias de un hospital de agudos y son derivados directamente al hospital de apoyo. En algunos hospitales este perfil de pacientes ingresa en la unidad de media estancia.

2.2. Características de la enfermedad en el anciano que justifican los Cuidados Subagudos y de Larga Duración

Los cambios demográficos y epidemiológicos acontecidos en los últimos doscientos años se han traducido en un incremento del número de personas con enfermedades crónicas debido al envejecimiento de la población y a la mayor longevidad de los sujetos con enfermedades crónicas. Las consecuencias sobre el sistema de salud y la sociedad son considerables. Los pacientes con enfermedades crónicas utilizan más los recursos sanitarios, especialmente cuando presentan varias enfermedades. Además, el coste de la enfermedad crónica alcanza las tres cuartas partes del gasto sanitario nacional en algunos países.

Si bien las enfermedades crónicas no son exclusivas de los ancianos, es en este grupo de población en el que muestran su mayor prevalencia. Y añaden un factor diferencial: a menudo se manifiestan en ellos a través de la pérdida de función, es decir, de la capacidad o autonomía para realizar las tareas necesarias para el autocuidado y para vivir de forma independiente en el domicilio, así como aquellas actividades deseadas que son importantes para la calidad de vida *(Fried LP 2004)*. Además, esta pérdida de función o discapacidad genera una situación de dependencia y un deterioro de la calidad de vida de la persona. En este sentido la función es el parámetro que conjuntamente es más fiable, cuantificable, transmisible y con mayor poder de discriminación entre los ancianos *(Rubenstein LV 1989)*, siendo un marcador pronóstico fundamental de mortalidad global *(Manton KG 1988)*, de recuperación de la enfermedad aguda *(Mayer-Oakes SA 1991)*, de necesidad de cuidados continuados y de institucionalización *(Foley DJ 1992, Volinsky FD 1992)*, así como de la duración y de los costes de la hospitalización y de los costes de los cuidados sanitarios *(Lubitz J 2003)*. Así, una mejor situación funcional se asocia a una mayor expectativa de vida sin un aumento de los gastos totales de salud hasta la muerte; por el contrario, cuanto peor sea la situación funcional, especialmente entre las personas institucionalizadas, menor es la expectativa de vida y mayores los gastos de salud *(Jaramillo E, 2006)*.

Con frecuencia se tiende a entender la discapacidad y su consecuencia, la dependencia, como el resultado final, estático e irreversible de la enfermedad. Sin embargo, ello no es así. Aproximadamente la mitad de las ancianos desarrollan una situación de discapacidad de forma brusca como consecuencia de un proceso agudo que origina hospitalización, mientras que la otra mitad la desarrollan de forma progresiva *(Ferrucci 1996)*, lo que permite establecer modelos e intervenciones que prevengan su aparición. Además, está bien establecido que la discapacidad y la dependencia tienen un carácter dinámico caracterizado por frecuentes transiciones entre estados de independencia y discapacidad.

En torno al 30% de las personas mayores que requieren hospitalización experimentan algún grado de deterioro funcional en el momento del alta hospitalaria, alcanzando el 50% en los mayores de 85 años *(Sager MA 1996, Covinsky KE 2003)*. El riesgo de deterioro funcional asociado a la hospitalización depende de tres factores: de su reserva fisiológica, de la enfermedad que origina el ingreso y del proceso de atención a la enfermedad aguda, habitualmente hospitalario *(Pérez Martín A 2001)*. La reserva funcional, que determina el grado de fragilidad de un individuo, es el sustrato sobre el que actúan el resto de factores y se ve influida por diversas variables (envejecimiento, estilo de vida, carga de enfermedad crónica y situación funcional), alguna de ellas modificables y, por lo tanto, susceptibles de intervención. Las enfermedades agudas que con mayor frecuencia originan incapacidad se agrupan en torno a seis diagnósticos: ictus, fractura de cadera, cáncer, insuficiencia cardiaca, neumonía y cardiopatía isquémica; aunque algunos de ellos guardan una estrecha relación con el deterioro funcional, el diagnóstico médico no suele ser un buen predictor de tal deterioro funcional *(Pérez Martín A 2001)*. Sin restar importancia a los dos factores anteriores, es el propio proceso asistencial el que resulta crucial en el desarrollo de incapacidad por un proceso agudo y el que ofrece mayores posibilidades de intervención.

En el caso de España, al igual que en la mayoría de los países occidentales, el sistema sanitario se concibió y desarrolló para dar respuesta rápida y eficaz a las necesidades de un paciente relativamente joven que padece un solo proceso de naturaleza aguda. A pesar del envejecimiento de la población y de la mayor prevalencia de las enfermedades crónicas, el sistema sigue dedicando buena parte de sus esfuerzos a mantener un modelo asistencial centrado en lo agudo frente a la prevención y la rehabilitación en sus etapas más precoces. Para el anciano, que con frecuencia sufre un deterioro funcional asociado a la hospitalización, esta situación puede significar un cambio en su calidad de vida y de su autoestima con la repercusión añadida sobre el cuidador, que en ocasiones se ve desbordado por las necesidades de un paciente previamente independiente, lo que puede desembocar en su institucionalización permanente. Para el sistema sanitario, el deterioro funcional originado durante la hospitalización se traduce en estancias más prolongadas, necesidad de estancias en rehabilitación y mayor necesidad de servicios de atención domiciliaria tanto sanitaria como social; es decir, en una mayor ineficiencia del mismo.

Se han propuesto diferentes intervenciones para mejorar tanto la efectividad como la eficiencia de la atención al anciano con una enfermedad aguda. Aunque es objeto de análisis en otros apartados de este plan, destacaremos cómo la atención directa por parte de equipos geriátricos multidisciplinarios en unidades con estructura física y asistencial definida es más eficiente que la proporcionada en unidades convencionales *(Baztan JJ 2011)* y determina un menor riesgo de deterioro funcional al alta y de ingreso en una residencia, sin mostrar diferencias en la mortalidad *(Baztan JJ 2009)*.

Por otro lado, los responsables del sector sanitario siguen privilegiando un estilo de liderazgo y un modelo de gestión centralizado que da lugar a la fragmentación de los cuidados por una deficiente coordinación entre los niveles de atención sanitaria. Sus consecuencias se plasman en una ineficiencia en la gestión de recursos, sin que se evidencie una mejora proporcionalmente similar en la calidad de la atención.

Aunque la principal respuesta al paciente con enfermedad crónica habrá de venir del sistema sanitario, es imprescindible una coordinación con los dispositivos de asistencia social, máxime teniendo en cuenta que hoy en día hay una crisis en los cuidados informales coincidiendo con los cambios que se están produciendo en el modelo de familia, especialmente con la incorporación de la mujer al mundo laboral. Organizar y coordinar ambos tipos de servicios es fundamental para proporcionar una respuesta integral y eficaz a estas personas. El manejo de cada caso va a permitir asignar de forma apropiada, eficiente y coordinada los recursos existentes de acuerdo a las necesidades de cada persona.

En este contexto, los hospitales de apoyo juegan un papel fundamental en la continuidad de los cuidados del paciente crónico en general y del paciente anciano en particular, realizando un énfasis especial en el tratamiento rehabilitador cuando existe un deterioro funcional potencialmente reversible.

2.3. Evidencia de la efectividad

A la hora de evaluar la eficacia y la efectividad de los hospitales de apoyo es necesario abordar separadamente cada una de las unidades asistenciales que los integran, dada la heterogeneidad de los cuidados proporcionados en estos hospitales. Las unidades geriátricas que mejores resultados han obtenido han sido las unidades de agudos y las unidades de recuperación funcional. Las unidades geriátricas de atención al anciano con patología aguda han demostrado ser capaces de reducir la incidencia de deterioro funcional y aumentar la probabilidad de volver al domicilio previo al alta hospitalaria, reduciendo además la estancia media y los costes de hospitalización, mientras que las unidades de recuperación funcional disminuyen el deterioro funcional cuando se aborda precozmente, la tasa de institucionalización y, en algunos estudios, la mortalidad cuando se comparan con unidades convencionales que atienden a la población anciana sin una estrategia asistencial estandarizada *(Wieland D 1994, Landefeld CS 1995, Baztán JJ 2000, Bachmann S 2010)*.

El apartado “Concepto de la Especialidad” de este Plan desarrolla de forma más exhaustiva el análisis de la evidencia relativa a la eficacia y efectividad de estas unidades.

La eficacia demostrada se basa en la adopción de una metodología de trabajo que incluye la identificación precoz y selección de ancianos frágiles con mayor riesgo de deterioro funcional; la valoración integral y exhaustiva del anciano llevada a cabo por el mismo equipo de profesionales responsable de los cuidados; la participación de un equipo de profesionales especializado que trabaje de forma interdisciplinaria y con protocolos de actuación validados; y una integración de los cuidados hospitalarios y comunitarios que posibilite la continuidad y el seguimiento de los cuidados *(Calkins E 1999)*. Sin embargo, los ancianos que ingresan en las unidades de crónicos agudizados de los hospitales de apoyo a menudo presentan una discapacidad establecida, de ahí que el margen para minimizar el deterioro funcional durante el ingreso y reducir la tasa de institucionalización al alta, estrechamente relacionada con la situación funcional, sea menor. No obstante, uno de los trabajos utilizados para demostrar los beneficios de la valoración geriátrica integral fue realizado en una unidad de subagudos *(Applegate W 1990)*. Por lo tanto, si bien la selección de aquellos pacientes con mayor riesgo de deterioro funcional es la que ha demostrado los mejores resultados con la asistencia geriátrica especializada, ante una selección de pacientes menos estricta (como la que se realiza en las unidades de crónicos agudizados) se obtendrían como mínimo resultados similares a los del tratamiento habitual, no peores *(Pérez Martín A 2000)*.

Respecto a las unidades hospitalarias de cuidados paliativos, una revisión sistemática reveló la existencia de beneficios en la atención a pacientes con cáncer tanto en lo referente al control del dolor y otros síntomas, como en las estancias hospitalarias y, en algunos estudios, en el nivel de satisfacción de los cuidadores *(Higginson IJ 2010)*. Un estudio multicéntrico realizado en más de un centenar de unidades de cuidados paliativos de España mostró cómo la severidad del dolor y el número de episodios de dolor disruptivo en pacientes con cáncer mejoraron significativamente, como también lo hicieron los indicadores de satisfacción de los pacientes *(Gómez-Batiste X 2010)*. La mejoría del control de los síntomas fue independiente del tipo de unidad de cuidados paliativos, obteniéndose tanto en las unidades localizadas en un hospital de agudos o de apoyo, como en las unidades consultoras, en las unidades de atención domiciliaria y en las consultas especializadas. Los pocos estudios que han evaluado los costes de los cuidados paliativos muestran que el coste de hospitalización representa el componente principal del coste de los cuidados paliativos *(Simoens S 2010)*. No obstante, estos estudios revelan que el coste de la hospitalización en una unidad de cuidados paliativos es inferior al coste en otras unidades. Así, se ha comunicado una reducción de los costes diarios de hospitalización del 66% cuando el paciente es trasladado a una unidad de cuidados paliativos *(Smith TJ 2003)*. Aunque la evidencia es débil, los cuidados paliativos domiciliarios parecen ser económicamente ventajosos frente a la hospitalización. En cualquier caso, muchos pacientes requieren ser hospitalizados y en ellos no puede plantearse la alternativa de la atención domiciliaria *(Simoens S 2010)*.

Muy pocos estudios se han llevado a cabo en el terreno de los cuidados paliativos analizando las características específicas del anciano ante la muerte, sobre todo en el campo clínico y no tanto en el psicológico y/o social. Y son aún más escasos los trabajos dirigidos a evaluar el impacto de los cuidados paliativos en la identificación y en la mejora del deterioro funcional y mental del anciano y en evitar una mayor dependencia de los cuidadores, objetivos más apropiados de los cuidados paliativos en este grupo de población *(Chung A 2009)*.

2.4. Modelos Nacionales e Internacionales

Reino Unido. Como se explica en el apartado “Concepto de la Especialidad”, el trabajo desarrollado por Marjory Warren en el hospital de larga estancia *West Middlesex* hace casi 70 años, demostró cómo se podían revertir algunas situaciones de discapacidad considerada como “definitiva” mediante la valoración geriátrica y una rehabilitación integral, obteniendo mejoras funcionales que posibilitaron el retorno a su domicilio de un importante porcentaje de pacientes. A partir de entonces, en el Reino Unido comenzó el desarrollo de unidades de rehabilitación geriátricas orientadas a la educación y el tratamiento de ancianos que han perdido la independencia. Pero a pesar de que la estructura y el diseño de estas unidades dentro de los servicios de Geriatría están bien establecidos y de que todos los servicios de Geriatría acabaron integrando en su organización la rehabilitación de sus pacientes, sólo en un 25% de los servicios existían como unidades diferenciadas, mientras que en otro 21% atendían indistintamente a sujetos con patología aguda, necesidad preferente de tratamiento rehabilitador o susceptibles de recibir cuidados de larga estancia *(Ávila R 2000)*. A partir de los años 80 comienzan a desarrollarse unidades para la rehabilitación específica de ictus o para pacientes con patología ortopédica o traumatológica (ortogeriatría), aunque su representación actual en los distritos sanitarios británicos es minoritaria.

La presión para disminuir las estancias hospitalarias y minimizar los costes en los hospitales de agudos ha motivado el desarrollo de alternativas de tratamiento en el entorno de los denominados cuidados intermedios (*intermediate care*). En el ámbito de la rehabilitación, los cuidados intermedios se refieren a los servicios que proporcionan tratamiento rehabilitador a pacientes clínicamente estables pero que no reúnen la capacidad funcional para regresar a su domicilio tras el alta del hospital de agudos o que habiendo retornado a su domicilio, requieren continuar un tratamiento rehabilitador de menor intensidad que el proporcionado en las unidades de rehabilitación hospitalarias especializadas. La diferencia clave entre las unidades de rehabilitación hospitalarias especializadas y los servicios de rehabilitación intermedios es la presencia de un soporte clínico especializado en las primeras *(The Audit Commission 2000)*. Uno de los dispositivos asistenciales incluido en los cuidados intermedios es el hospital de la comunidad (community hospital). Los *community hospitals* son hospitales locales que pertenecen a la atención primaria de salud y bajo la responsabilidad de sus equipos ofrecen tratamiento rehabilitador así como tratamiento paliativo y servicios de promoción de la salud, diagnósticos, terapéuticos y de atención urgente *(Seemark D 2001)*. En el año 2001 existían 421 community hospitals en el Reino Unido, con un total de 18.579 camas y una media de 33 camas por centro *(Seemark D 2001)*.

Estados Unidos. Los estudios publicados por Rubenstein *(Rubenstein LZ 1984)* y Applegate *(Applegate W 1990)* fijaron las características y la selección de pacientes de las Unidades de Valoración y Cuidados Geriátricos (Geriatric Evaluation and Management Units) estadounidenses, enfatizando la necesidad de seleccionar a pacientes clínicamente estables, con problemas geriátricos y deterioro funcional potencialmente reversible y cuya ubicación definitiva no fuera necesariamente una residencia. El trabajo interdisciplinario por parte un equipo multidisciplinario especializado con especial énfasis en el tratamiento rehabilitador constituía otra de las claves que explicaban los beneficios evidenciados en los pacientes al año de ser dados de alta: menor mortalidad, tasa de institucionalización, estancia hospitalaria, tasa de reingresos y costes de la atención y mejoría en la situación funcional, estado cognitivo y afectivo respecto a los pacientes tratados en unidades convencionales *(Ávila R 2000)*. Estas unidades se localizaban en hospitales de agudos o de apoyo y proliferaron rápidamente, aunque con importantes diferencias estructurales y de formación de su personal entre ellas, lo que motivó que se establecieran unos requisitos mínimos de funcionamiento: la utilización de la valoración geriátrica integral como elemento de trabajo; la existencia de un equipo multidisciplinario adecuadamente formado y que se reuniera al menos semanalmente; la selección de aquellos pacientes susceptibles de beneficiarse del ingreso en la unidad; ubicación hospitalaria de la unidad (hospital de agudos o de apoyo); y proporcionar al menos tratamiento rehabilitador o seguimiento ambulatorio *(Wieland D 1994)*.

A pesar de su utilidad, la previsible generalización de estas unidades en los hospitales de Estados Unidos ha sido víctima de las prioridades en la financiación al no ser consideradas un recurso sanitario básico. De esta forma, los cuidados post-agudos, entendidos como los cuidados médicos, enfermeros y rehabilitadores que precisan los pacientes tras una enfermedad aguda y la hospitalización, son habitualmente prestados en la comunidad. Así, hasta un 38% de los pacientes dados de alta requieren algún tipo de cuidado post-agudo, siendo el modelo predominante el de los cuidados domiciliarios (50% de los casos). Otra modalidad, exclusiva para pacientes que puedan seguir un plan de rehabilitación intensivo (tres horas diarias), son las unidades de rehabilitación hospitalarias localizadas en los hospitales de apoyo. El resto de pacientes son atendidos en residencias asistidas (*nursing homes*) en régimen de internado o de forma ambulatoria *(Boockvar KS 2007)*. El Medicare cubre el gasto de los cien primeros días de cuidados post-agudos tras la hospitalización; los primeros veinte días los cubre en su totalidad, obligando al copago del 20% el resto de los días; por este motivo, los tratamientos rehabilitadores no suelen exceder los veinte días. Las residencias asistidas habitualmente no disponen del personal necesario para atender las necesidades del paciente recientemente dado de alta salvo que se traten de residencias asistidas con unidades de subagudos o de rehabilitación cuyos servicios y dotación de personal de enfermería especializado se adecua más a las necesidades.

España. Los hospitales de apoyo en España en su mayor parte no nacieron como una respuesta de atención específica a las necesidades sanitarias de la población geriátrica, sino que se convirtieron en lugares de "evacuación social" de casos difíciles desde los hospitales de agudos, pacientes habitualmente ancianos con un resultado clínico insatisfactorio o con dependencia severa. Dieron así actividad y sentido a hospitales monográficos y otros centros de atención muy variados en su origen (sistema público, administraciones locales, ámbito privado-concertado). Estos hechos se tradujeron, en muchos casos, en la ausencia de especialización geriátrica en cuanto a filosofía asistencial, arquitectura, estructura, recursos y personal, lo que contrastaba enormemente con la denominación de algunos centros y el tipo de población a la que atendían. Muchos hospitales han tenido que recorrer un camino dinámico y de adaptación hacia un mayor enfoque recuperador, rehabilitador y, en definitiva, geriátrico, alejándose del agotado modelo asistencial clásico. La progresiva presencia de geriatras y otros médicos con orientación hacia la Geriatría, no ha sido ajena a esta evolución, de forma que en la actualidad podemos hablar de un mayor desarrollo y orientación de estos hospitales hacia los cuidados subagudos y rehabilitadores *(Arranz LC 2007)*.

Los hospitales de apoyo realizan una actividad asistencial heterogénea, como veíamos anteriormente, incluyendo desde tratamiento rehabilitador en las unidades de media estancia o de convalecencia a cuidados paliativos, cuidados subagudos y cuidados médicos y de enfermería de larga duración. Algunos hospitales presentan una dedicación exclusiva a uno de estos cuidados (hospitales monográficos de rehabilitación, de cuidados paliativos o de larga estancia) mientras que otros prestan toda la gama de cuidados, con una dotación de camas para cada unidad asistencial variable y a menudo adaptada a las variaciones temporales de la demanda. En general, en estos hospitales se aplica un modelo de atención geriátrica basado en la valoración geriátrica integral, en el trabajo en equipo interdisciplinario y en la actuación en distintos niveles asistenciales para garantizar la continuidad de los cuidados.

La creación de unidades de media estancia en nuestro país es relativamente reciente, siendo los primeros datos conocidos los relativos a la actividad desarrollada por la Unidad de Media Estancia del Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela desde 1982. Posteriormente, se fueron creando unidades de media estancia tanto en hospitales de agudos como de apoyo. No obstante, su cuantificación es compleja al existir unidades que prestan un mismo tipo de cuidados y adoptan denominaciones diferentes y, al contrario, unidades que proporcionan diferentes cuidados bajo una misma denominación. Asumiendo estas limitaciones, el Informe Geriatría XXI estimó en 46 las unidades de media y media-larga estancia en España, con un total de 1.864 camas *(Sociedad Española de Geriatría y Gerontología 2001)*. Según el estudio realizado por Baztán y cols. *(Baztán JJ 2004)*, la disponibilidad de camas geriátricas de recuperación funcional era de 2.066 en toda España.

Respecto a las unidades de cuidados paliativos hospitalarias su creación data de 1967, cuando se crea el St. Christopher's Hospice, remplazando los cuidados caritativos y sin soporte médico al paciente moribundo por los de un *hospice* moderno basado en una atención interdisciplinaria, en el uso racional de fármacos, especialmente de analgésicos, e incorporando la docencia y la investigación como herramientas clave del desarrollo *(Gómez Pavón J 1999)*. Este modelo de atención se extiende posteriormente al resto del Reino Unido en forma de centros hospitalarios monográficos de atención al paciente terminal, generalmente oncológico, en muchas ocasiones con un carácter más residencial que asistencial. Más adelante se abren nuevas líneas de asistencia, como la creación de equipos de atención a domicilio, centros de día y equipos de soporte hospitalario.

El concepto de unidad de cuidados paliativos en hospitales para enfermos agudos surge en el *Royal Victoria Hospital de* Montreal en los años setenta. El término *cuidados paliativos* parece más apropiado para describir la filosofía del cuidado que se otorga a los pacientes en fase terminal, mientras que el concepto *hospice* se refiere más a la estructura física de una institución.

En España, la primera unidad hospitalaria de cuidados paliativos se creó en 1982 en el Hospital Marqués de Valdecilla (Santander), seguida por la apertura de la Unidad del Hospital Santa Creu de Vic (Barcelona), del Hospital de la Cruz Roja de Lleida y del Hospital El Sabinal de Las Palmas de Gran Canaria. En 1991 se promovió en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid la Unidad de Cuidados Paliativos de mayor tamaño y actividad de España. Ese mismo año se llevaron a cabo en la Comunidad de Madrid dos iniciativas pioneras en Atención Primaria: en el Área 4 se puso en marcha una unidad de cuidados paliativos y en el Área 11 se desarrolló un programa específico de atención continuada a enfermos terminales sustentado en la coordinación y colaboración entre Atención Primaria y Atención Especializada.

Estas iniciativas personales y aisladas dieron paso a la elaboración de planes por parte de la Administración sanitaria. La más importante fue el *Programa Piloto de Planificación e Implementación de Cuidados Paliativos en Cataluña 1990-1995*, dentro del Programa *Vida als Anys (Gómez Batiste X 1996)*. Este Programa ha resultado determinante para el desarrollo de los cuidados paliativos no sólo en Cataluña, sino también en toda España y en Europa, por ser un programa piloto de la OMS que resolvía con éxito y de forma global la incorporación de los cuidados paliativos al Sistema Público de Salud, tanto en atención domiciliaria como en los hospitales de la red pública.

En los últimos años hemos asistido a un aumento progresivo de dispositivos y recursos de cuidados paliativos, si bien el propio Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad admite que estos recursos deben seguir aumentando en función de la elevada necesidad y demanda asistencial *(Pascual A 2010)*. Así, mientras que en 1989 la atención profesionalizada del paciente terminal oncológico era sólo del 0,9%, en 1998 ya existían más de 143 programas activos que atendían a 25.230 enfermos anuales, lo que suponía una cobertura en el territorio nacional del 25%. Los programas de hospitalización constituyen el 53,3% de los casos y los de atención domiciliaria, un 46,6%. Un 5% de las unidades de hospitalización son unidades funcionales de soporte intrahospitalario.

Al amparo del Programa *Vida Als Anys,* diseñado en 1986 por la Generalitat de Cataluña y destinado a la atención de las personas mayores enfermas, a los enfermos crónicos y a las personas en situación terminal *(Ordre del 29 de maig de 1996)*, se crearon servicios de internamiento de media y larga estancia (*centros sociosanitarios*), servicios de atención ambulatoria y equipos de valoración y soporte destinados a este perfil de pacientes. Estos servicios se encuentran integrados en el sistema sanitario catalán y coordinados con los servicios de agudos y de Atención Primaria. Los centros sociosanitarios suelen incluir unidades de media estancia (unidades de convalecencia-subagudos y unidades de cuidados paliativos) y de larga estancia. Las unidades de convalecencia-subagudos prestan cuidados orientados a tratar, inmediatamente después de un proceso agudo, uno o más problemas médicos complejos o a administrar uno o más tratamientos técnicamente complejos, a menudo en el contexto de una persona con problemas crónicos de larga duración y que no necesita previsiblemente alta tecnología, aunque sí atención médica y alta intensidad de cuidados de enfermería y de rehabilitación *(Salvá A 2000)*. Las unidades de cuidados paliativos atienden a pacientes en situación avanzada o terminal, habitualmente por un proceso oncológico, con el objetivo de favorecer el bienestar y la calidad de vida. Las unidades de larga estancia son unidades destinadas a la atención de personas con enfermedades crónicas o secuelas de enfermedades agudas, con frecuencia con elevados grados de dependencia para las actividades de la vida diaria y una situación medico-social que no permite su mantenimiento en el domicilio *(Salvá A 2004)*. En el estudio realizado por Baztán y cols. *(Baztán JJ 2004)* sobre la necesidad de unidades geriátricas de recuperación funcional en España, Cataluña era la excepción al déficit de camas de recuperación funcional evidenciado en el resto de las autonomías.

Según datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad relativos al año 2008, en España existían 767 hospitales de los que 345 (45%) pertenecían al Sistema Nacional de Salud y 122 eran hospitales de larga estancia (15,9%). Bajo el término "larga estancia" el Ministerio incluye a los hospitales de media y larga estancia. La tabla 5.1 muestra la dotación de hospitales de media y larga estancia por autonomías y pertenencia al Sistema Nacional de Salud. Es de señalar el hecho de que la mayoría de los hospitales de media y larga estancia son de titularidad privada, lo que refleja el escaso interés mostrado por la Administración en su desarrollo.

Tabla 5.1 Dotación de hospitales de media y larga estancia Año 2008

AUTONOMÍA	HOSPITALES PRIVADOS	HOSPITALES PUBLICOS	TOTAL
Andalucía	4	-	4
Aragón	2	3	5
Asturias	2	-	2
Baleares	-	3	3
Canarias	2	5	7
Cantabria	1	-	1
Castilla y león	3	-	3
Castilla La Mancha	2	1	3
Cataluña	58	8	66
Valencia	2	3	5
Extremadura	2	-	2
Galicia	3	-	3
Madrid	1	4	5
Murcia	7	-	7
País Vasco	2	3	5
La Rioja	1	-	1
TOTAL	**92**	**30**	**122**

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (http://pestadistico.msc.es)

2.5. Análisis de los roles de los Hospitales de Apoyo de la CM

Dentro de la Comunidad de Madrid distinguimos los siguientes modelos de hospital de apoyo:

a) **Hospital de media y larga estancia de titularidad pública** que ofrece cobertura a todos los centros sanitarios de la Comunidad de Madrid. Son el Hospital de Guadarrama, el Hospital de La Fuenfría, el Hospital Virgen de la Poveda y el Hospital Virgen de la Torre.

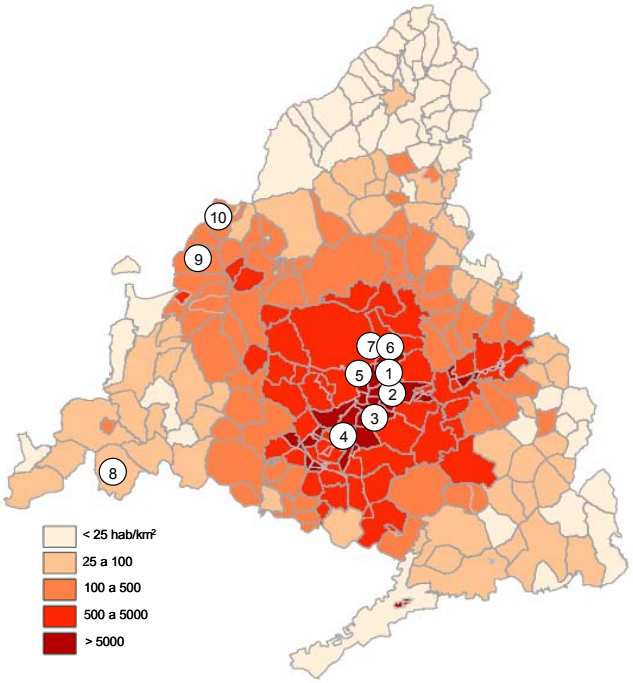
b) Antiguos **hospitales de media estancia actualmente integrados en un hospital general de titularidad pública**. Son el Hospital General Universitario Gregorio Marañón-Instituto Provincial de Rehabilitación (HGU Gregorio Marañón-IPR) y el Hospital Universitario La Paz-Cantoblanco y su actividad se dirige exclusivamente a los pacientes de los hospitales generales a los que pertenecen.

c) **Hospital de titularidad privada con unidades asistenciales concertadas**. Se trata del Fundación-Instituto San José, que oferta cuidados en sus unidades de Recuperación Funcional, Cuidados Continuados y Cuidados Paliativos; del Hospital Beata María Ana de Jesús, con plazas concertadas en su Unidad de Rehabilitación y su Unidad de Cuidados Paliativos; y de la Clínica SEAR S.A., con camas concertadas de larga estancia y de cuidados paliativos.

d) **Hospital de titularidad pública** que hasta la instauración del área de salud única no tenía asignada un área de salud y cuya misión es la de atender a la población de los hospitales generales en aquellos procesos más demandados o en los que se han especializado (enfermedades tropicales, unidad de trastornos alimentarios, neuroepidemiología,…). Estos hospitales **orientan la mayor parte de su actividad al diagnóstico y tratamiento de los pacientes con una patología aguda**, sin perjuicio de que también presten atención de forma ambulatoria. Además, su cartera de servicios incluye recursos diagnósticos y terapéuticos especializados muy superiores a los de los hospitales de media y larga estancia. Se trata del Hospital Carlos III, el Hospital Universitaro Santa Cristina, El Hospital de El Escorial y el Hospital Central de la Cruz Roja.San José y Santa Adela. Éste último dispone de unidad de media estancia asimilable a la de los hospitales de media y larga estancia, por lo que será incluida en el análisis de este documento.

La figura 5.1 muestra la densidad de población y distribución de los hospitales de apoyo en la Comunidad de Madrid.

Figura 5.1. Distribución de los hospitales de apoyo en la Comunidad de Madrid



Nota: 1. HGU Gregorio Marañón-IPR, 2. Hospital Beata María Ana de Jesús, 3. Hospital Virgen de la Torre, 4. Fundación-Instituto San José, 5. Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela, 6. Hospital Universitario La Paz-Cantoblanco, 7. Clínica SEARS, 8. Hospital Virgen de la Poveda, 9. Hospital de Guadarrama y 10. Hospital de La Fuenfría.

2.6. Rol del Especialista en Geriatría en los Hospitales de Apoyo de la Comunidad de Madrid

La tipología del usuario de los hospitales de apoyo incluye, entre otras características, una edad avanzada, la presencia de pluripatología (especialmente de patologías crónicas), fragilidad y deterioro funcional en ocasiones reversible y la necesidad de cuidados continuados. Como se ha visto anteriormente, disponemos de una evidencia experimental que avala la efectividad de la atención geriátrica especializada en este grupo de población. Efectividad que se ha beneficiado del cambio de enfoque de la especialidad, que ha pasado a ejercer una geriatría preventiva en la que, sin abandonar los tradicionales campos de actuación, ha situado el foco de atención en aquellos pacientes que más se benefician de nuestra atención. En la mayoría de los casos no son los que ya presentan una dependencia definitiva y grave, sino aquellos que aún no la padecen pero están en riesgo de padecerla o la sufren en grado leve o moderado, y en los que existe una posibilidad razonable de revertir la discapacidad o impedir su progresión.

Todo lo anterior justifica sobradamente la presencia del especialista en Geriatría en los hospitales de apoyo para el desempeño de funciones que han de incluir la valoración integral de diferentes dominios relacionados con la salud (médico, funcional, mental, social y nutricional) y con los deseos y voluntades anticipadas; el diseño de un plan terapéutico global con especial énfasis en el estado funcional; la coordinación de los diferentes profesionales que participan en el plan; la formación y el fomento de la participación del paciente y sus cuidadores en los cuidados de sus patologías; y la supervisión de las transiciones entre niveles asistenciales asegurando la continuidad de los cuidados.

La Unidad de Media Estancia del Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela, la Unidad de Convalecencia del HGU Gregorio Marañón-IPR y las unidades geriátricas del Hospital Universitario La Paz-Cantoblanco (Unidad de Media Estancia, Unidad de Agudos, Consultas Externas y Hospital de Día) están atendidas exclusivamente por especialistas en Geriatría. En el resto de hospitales de apoyo, predominan los especialistas en Geriatría excepto en el Hospital Virgen de la Torre y en el Hospital Beata María Ana (este último no cuenta con especialistas en Geriatría) (tabla 5.2). En general, los especialistas en Geriatría desarrollan su labor indistintamente en las diferentes unidades hospitalarias (excepto la Unidad de Neumología del Hospital de Guadarrama y la Unidad de Tuberculosis del Hospital La Fuenfría) y de forma conjunta con el resto de los especialistas, habitualmente internistas y rehabilitadores, salvo en el hospital de día de Geriatría del Hospital Guadarrama, que únicamente es atendido por un médico geriatra.

Tabla 5.2 Dotación de médicos especialistas en los hospitales de apoyo

Hospital	Total Geriatras	% Geriatras	Total Médicos M. Interna	Total M. Rehabili-tación	Otros	Total Médicos asistenciales
H. Guadarrama	8	47,1	5	3	1[1]	17
H. Virgen de la Poveda	9	69,2	2	2	0	13
H. La Fuenfría	8	53,3	5	2	0	15
H. Virgen de la Torre	1	6,7	11	2	1[2]	15
H. F. I. San José	6	42,9	0	2	6[3]	14
TOTAL	32	43,2	23	11	8	74

Nota: 1. Neumólogo. 2. Médico coordinador. 3. Neurólogo, psiquiatra, médico de familia (2) y neurofisiólogo clínico (2).

3.- RECURSOS DISPONIBLES EN LA COMUNIDAD DE MADRID Y ACTIVIDAD ASISTENCIAL

3.1. Cartera de Servicios yAnálisis de la Actividad

Se ha recogido información relativa a la actividad asistencial y los recursos globales de los hospitales de Guadarrama, Virgen de la Torre, Virgen de la Poveda y Fuenfría; de las unidades de media estancia o convalecencia del Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela y del HGU Gregorio Marañón-IPR; de las unidades geriátricas del Hospital La Paz-Cantoblanco; y de las unidades que los hospitales Fundación-Instituto San José, Beata María Ana y Clínica SEAR, S.A. tienen concertadas con el Servicio Madrileño de Salud. Es necesario señalar que, salvo las unidades pertenecientes a los hospitales Gregorio Marañón-IPR, Hospital Central de la Cruz Roja y La Paz-Cantoblanco, el resto de las unidades incluidas en este análisis no son específicamente geriátricas, si bien atienden mayoritariamente a pacientes geriátricos y, como vimos anteriormente, en sus plantillas predominan los especialistas en Geriatría, lo que ha propiciado un modelo de atención basado en la valoración geriátrica integral, el diseño de un plan terapéutico global y la continuidad de los cuidados mediante la adecuada utilización de los diferentes niveles asistenciales.

La actividad de los hospitales de apoyo se centra en las unidades de hospitalización, siendo poco habitual la existencia de dispositivos de asistencia ambulatoria (consultas externas de Geriatría y hospitales de día) (tabla 5.3). Dos son los factores que pueden explicar esta circunstancia: por un lado la lejanía al hospital de apoyo del domicilio del paciente; y por otro, la habitual asunción del seguimiento del paciente por parte de los especialistas de los hospitales de agudos.

Tabla 5.3 Niveles asistenciales disponibles en los hospitales de apoyo (2010)

Hospital	UME	UCA	UCP	UCC	CEX	H. Día
H. Guadarrama	+	+	+	+	+	+
H. Virgen de la Poveda	+	-	+	+	-	-
H. Virgen de la Torre	+	+	+	-	-	-
H. La Fuenfría	+	+	+	+	-	-
H. F.I. San José	+	-	+	+	-	-
H.G.U.G.M.-I.P.R.	+	+	+	-	-	-
H.U.La Paz-Cantoblanco	+	+	-	-	+	+
H. Beata Mª Ana	+	-	+	-	-	-
SEAR, S.A.	-	-	+	+	-	-

Otras unidades: H. Guadarrama: Unidad de Neumología. **H. Virgen de la Poveda:** Unidad de Demencia. **H. La Fuenfría**: Unidad de Tuberculosis. **F.I. San José**: Unidad de Daño Cerebral. **EL Hospital U. La Paz-Cantoblanco** dispone de una Unidad Geriátrica de Agudos estándar.

Nota: UME: unidad de media estancia, convalecencia, recuperación funcional o rehabilitación; UCA: unidad de crónicos agudizados, corta estancia o agudos; UCP: unidad de cuidados paliativos; UCC: unidad de cuidados continuos o larga estancia, CEX: consultas externas de Geriatría, H. Día: Hospital de día de Geriatría; G.M.-I.P.R.: Hospital General Universitario Gregorio Marañón-Instituto Provincial de Rehabilitación.

La mayor actividad de los hospitales de apoyo se concentra en las unidades de crónicos agudizados y de media estancia o recuperación funcional, con un mayor peso de la primera en el Hospital Virgen de la Torre y de la segunda en el Hospital de Guadarrama y el Hospital La Fuenfría. El HGU Gregorio Marañón-IPR unifica en su Unidad de Convalecencia ambas unidades, mientras que el Hospital Virgen de la Poveda y la Fundación Instituto San José no ingresan a pacientes en la fase aguda de la enfermedad, orientando gran parte de su actividad a la fase subaguda con una finalidad prioritariamente rehabilitadora. El Hospital de Guadarrama además dispone de una Unidad de Neumología, con características similares a las unidades de crónicos agudizados pero exclusiva para pacientes con patología respiratoria.

Con la excepción señalada del HGU Gregorio Marañón-IPR, que aglutina a pacientes con un proceso agudo y a pacientes con necesidad de cuidados básicamente rehabilitadores en su Unidad de Convalecencia, en las unidades de media estancia del resto de los hospitales de apoyo ingresan pacientes con deterioro funcional secundario a procesos traumatológicos, quirúrgicos y no quirúrgicos, neurológicos e inmovilismos, con el objetivo de recuperar el máximo posible de la capacidad funcional perdida.

Son excluidos aquellos pacientes que presentan alguna condición que impida una satisfactoria recuperación del paciente, como una situación funcional previa deteriorada, la presencia de un deterioro cognitivo que limite la colaboración en el tratamiento, la persistencia de un deterioro funcional severo tras un período de tratamiento razonable o la inestabilidad clínica. No obstante, existe una gran variabilidad en el grado de la aplicación de estos criterios entre los hospitales de apoyo que podría ser explicada, al menos en parte, por la necesidad de cumplir objetivos de actividad asistencial (estancia media e índice de ocupación).

Así, en la mayoría de las unidades de media estancia se excluye a los pacientes sin autorización de carga o apoyo sobre miembros inferiores durante periodos prolongados por procesos traumatológicos, pacientes que sí son aceptados en la unidad de media estancia del Hospital de La Fuenfría. En otros hospitales estos pacientes ingresan en la unidad de cuidados continuos (Fundación Instituto San José, Hospital Virgen de la Poveda y Hospital de Guadarrama).

Los pacientes con demencia y deterioro funcional potencialmente reversible tienen mayores dificultades para ingresar en estas unidades; en el Hospital Virgen de la Poveda este perfil de paciente ingresa en la que denominan "Unidad de Demencia" con una finalidad rehabilitadora.

La tabla 5.4 muestra la dotación de camas y la actividad de las unidades de media estancia de la Comunidad de Madrid. Se contabiliza un total de 469 camas con un índice medio de ocupación del 85% y una estancia media ponderada de 36,7 días. La estancia media muestra la mayor dispersión entre centros, probablemente explicada por el perfil de pacientes admitido en cada centro (lesiones neurológicas severas, necesidad de descarga sobre miembros inferiores, prevalencia de deterioro cognitivo, soporte social inadecuado,…) y por diferencias en las indicaciones de ingreso en las unidades asistenciales (pacientes con necesidad de descarga sobre miembros inferiores en la unidad de media estancia o en la unidad de cuidados continuos, por ejemplo).

Tabla 5.4 Actividad de las unidades de media estancia de los hospitales de apoyo (2010)

Hospital	Camas	Estancias totales	Ocupación (%)	Ingresos	Estancia media	Edad media	Mortalidad	Institucionalización (%) *
H. Guadarrama	93	27.557	88,2	573	46,9	77,9	1,6	11,0
H. Virgen de la Poveda	80	22.781	78,0	394	47,0	77,3	2,5	-
H. Virgen de la Torre	25	7.040	79,1	195	36,1	80,0	6,1	-
H. La Fuenfría	85	23.306	78,0	362	64,4	75,9	2,8	16,9
H. F.I. San José	90	35.089	90,8	596	58,9	78,0	2,7	11,4
H.G.U.G.M.-I.P.R.[1]	26	8.732	89,5	595	15,7	84,4	6,6	5,8
H.C. Cruz Roja San Jose y Santa Adela	28	7.320	86,0	495	14,8	81,7	0,0	10,0
H.U. La Paz-Cantoblanco	12	3.723	80,0	134	27,8	-	1,5	-
H.Beata Mª Ana	42	14.389	94,0	624	23,0	68,0	0,2	-
TOTAL	**469**	**149.937**	**85,1**	**3.968**	**36,7**	**77,7**	**2,5**	**-**

Nota: 1 Datos del año 2009 del Hospital General Universitario Gregorio Marañón-Instituto Provincial de Rehabilitación. *Porcentaje de pacientes ingresados en una residencia tras el alta hospitalaria

En las unidades de crónicos agudizados ingresan pacientes geriátricos con patologías agudas o reagudización de procesos crónicos para su valoración exhaustiva y tratamiento de dichas patologías, pudiendo recibir una asistencia adecuada y de calidad con los medios diagnósticos y terapéuticos disponibles.

Quedan excluidos los pacientes sin un diagnóstico clínico establecido o que requieran pruebas diagnósticas adicionales no accesibles (TAC, ecocardiograma, gammagrafías,…) y aquellos que precisen tratamiento en unidades propias de un hospital de agudos (cuidados intensivos, coronaria, diálisis) o tratamiento quirúrgico. También son excluidos los pacientes en espera de transplante, los incluidos en programas de diálisis y los que reciben ciclos frecuentes de quimio o radioterapia. En la tabla 5.5 figura la dotación de camas de crónicos agudizados (101 camas) y los parámetros de actividad de estas unidades. Presentan una ocupación entre el 70 y el 80% excepto en el Hospital La Fuenfría (43,2%), donde además la mortalidad (23,7%) y la estancia media (25 días) son muy superiores a las del resto de las unidades.

Tabla 5.5 Actividad de las unidades de crónicos agudizados de los hospitales de apoyo (2010)

Hospital	Camas	Estancias totales	Ocupación (%)	Ingresos	Estancia media	Edad media	Mortalidad	Institucio-nalización (%)
H.Guadarrama	15	3.272	74,3	187	15,4	85,7	11,4	28,0
H. Virgen de la Torre	56	14.569	79,2	1.517	9,6	80,0	6,3	-
H. La Fuenfría	30	4.430	43,2	177	25,0	83,6	23,7	29,7
TOTAL	**101**	**22.271**	**69,6**	**1881**	**11,0**	**81,9**	**8,0**	

Las Unidades de Cuidados Paliativos atienden a pacientes con una enfermedad, que independientemente de la causa que la origine, no responde al tratamiento curativo, y presentan complicaciones agudas, síntomas de difícil control, imposibilidad de manejo en domicilio y un pronóstico de supervivencia inferior a seis meses. Suelen ser excluidos aquellos pacientes en tratamiento con radioterapia o quimioterapia paliativas en los que los traslados hospitalarios desde el centro no son tolerados por el paciente.

Todos los hospitales de apoyo cuentan con una unidad de cuidados paliativos con la excepción del Hospital Universitario La-Paz Cantoblanco. La dotación total es de 160 camas (tabla 5.6), con un índice de ocupación del 78,5% y una estancia media ponderada de 25,9 días. Nuevamente observamos grandes diferencias entre centros, con estancias medias entre 10,8 y 64,6 días que no guardan relación con las tasas de mortalidad (entre 68,2 y 93,3%).

Es probable que los centros con estancias más prolongadas atiendan a un mayor número de pacientes que precisen periodos de convalecencia o rehabilitación, dispongan de una red de apoyo social insuficiente o necesiten un ingreso para "descanso" del cuidador principal. Se considera que estancias medias más cortas pueden suponer, a igualdad de casuística, que la unidad de cuidados paliativos está integrada en una red de cuidados paliativos que aproxima más eficazmente los cuidados paliativos al entorno domiciliario del paciente o mediante otros recursos sociosanitarios (*Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2009*).

Tabla 5.6 Actividad de las unidades de cuidados paliativos de los hospitales de apoyo (2010)

Hospital	Camas	Estancias totales	Ocupación (%)	Ingresos	Estancia media	Edad media	Mortalidad	Institucio-nalización (%)
H.Guadarrama	20[1]	3.814	55,4	151	30,6	76,1	93,3	1,0
H. Virgen de la Poveda	22	6.000	75	265	23,0	76,4	82,0	-
H. Virgen de la Torre	11	2.688	64	248	10,8	80,0	73,6	-
H. La Fuenfría	27	6.789	68,8	154	44,1	72,8	68,2	3,9
H. F.I. San José	30	10.544	93,4	561	18,8	73,0	87,7	-
H. Beata Mª Ana	20	4.719	70	190	25,0	75,0	86,8	-
H. SEAR, S.A.	30	10.207	107,3	158	64,6	76,0	69,0	-
TOTAL	**160**	**44.761**	**78,5**	**1.727**	**25,9**	**75,3**	**81,7**	-

Nota: 1: varía entre 20-30 camas según la demanda

La **unidad de cuidados continuos** atiende a pacientes con una patología crónica establecida e incapacidad generalmente irreversible que precisan un alto nivel de cuidados médicos y de enfermería que no pueden ser prestados de forma ambulatoria ni en una residencia asistida. Estos criterios incluyen a pacientes con patología crónica incapacitante y pluripatología que precisen de frecuentes controles clínicos o administración de tratamientos específicos que no puedan ser asegurados en su domicilio; pacientes que requieren de un periodo prolongado de convalecencia hospitalaria previo a su inclusión en programas de rehabilitación (incluye a los pacientes sin autorización de apoyo o carga sobre los miembros inferiores durante un periodo prolongado de tiempo); pacientes con posibilidades razonables de recuperación funcional a largo plazo y que requieren un periodo de tratamiento muy superior al previsto

en las unidades de recuperación funcional; pacientes con demencia moderada-severa, con trastorno de conducta u otras complicaciones que alteran la convivencia familiar, para control de las mismas previa valoración; pacientes con úlceras cutáneas cuyo tratamiento supera las posibilidades de atención domiciliaria o en una residencia; y pacientes con patología psiquiátrica crónica y discapacidad asociada que precisen periodo de convalecencia, rehabilitación o estabilización clínica.

La unidad de cuidados continuos figura en los hospitales de Guadarrama, Virgen de la Poveda, La Fuenfría y Fundación Instituto San José y en la Clínica SEAR, S.A. Algunos centros disponen de unidades de cuidados continuos especializadas en el tratamiento de pacientes con una determinada patología. La **unidad de daño cerebral irreversible** de la Fundación Instituto San José atiende a pacientes en estado vegetativo permanente sin posibilidad de recuperación funcional o neurológica que requieren cuidados médicos y de enfermería así como un abordaje psicosocial de la familia. Además, este centro atiende en sus programas de Neurología y Lesión Medular a pacientes con epilepsia fármaco-resistente y deficiencias físicas y psíquicas asociadas de difícil manejo en el ámbito familiar; procesos neurológicos permanentes; y lesiones medulares irreversibles que precisan cuidados hospitalarios.

La **unidad de demencia** del Hospital Virgen de la Poveda es una unidad de atención geriátrica especializada en el tratamiento integral de pacientes mayores de 65 años con diagnóstico de demencia, en cualquiera de sus estadios evolutivos. Está orientada hacia la atención de situaciones de convalecencia médica, agravamiento conductual y deterioro funcional sobrevenido, así como apoyo sociofamiliar, con el objetivo de la reinserción familiar y comunitaria del paciente.

La **unidad de tuberculosis** del Hospital de La Fuenfría atiende a pacientes diagnosticados de tuberculosis que requieren aislamiento respiratorio o en los que existen dudas razonables sobre el cumplimiento terapéutico.

La tabla 5.7 presenta la dotación global de camas y los parámetros de actividad de estas unidades. Para el cálculo de la actividad, a la unidad de cuidados continuos de cada hospital se le han añadido las unidades de cuidados continuos especializadas citadas anteriormente.

Tabla 5.7 Actividad de las unidades de cuidados continuos de los hospitales de apoyo (2010)

Hospital	Camas	Estancias totales	Ocupación (%)	Ingresos	Estancia media	Edad media	Mortalidad	Institucio-nalización (%)
H.Guadarrama	22	4.615	78,2	61	84,4	81,5	39,3	20,0
H. Virgen de la Poveda [1]	96	25.928	78,8	358	70,3	79,4	13,1	-
H. La Fuenfría [2]	41	22.149	141,7	235	94,3	80,1	32,3	20,9
H. F.I. San José	22	8.692	93,3	141	61,6	72,3	29,0	-
H. SEAR, S.A.[3]	196	68.495	80,2	867	79,0	78,3	24,6	-
TOTAL	**377**	**129.879**	**87,1**	**1.662**	**78,0**	**78,4**	**24,1**	-

Nota: 1 Incluye Unidad de Demencia. 2. Incluye Unidad de Tuberculosis. 3. Medias ponderadas de las dos unidades de cuidados continuos.

Finalmente, los únicos hospitales de apoyo que han desarrollado unidades asistenciales en régimen ambulatorio son el Hospital de Guadarrama y el Hospital Universitario La Paz-Cantoblanco, quienes disponen de consulta externa de Geriatría y de hospital de día geriátrico (tabla 5.8). El Hospital de Guadarrama además cuenta con consultas de rehabilitación y de medicina interna, además de una consulta monográfica de insuficiencia cardiaca congestiva atendida por internistas, y el Hospital Universitario La Paz-Cantoblanco dispone de una Unidad de Memoria. El HGU Gregorio Marañón-IPR dispone de consultas externas de Geriatría en su centro hospitalario principal. El Hospital Virgen de La Torre dispone de un hospital de día médico dirigido al control post-alta y a la valoración clínica de pacientes derivados desde Atención Primaria, pero sin una finalidad rehabilitadora ni de valoración geriátrica integral. La Fundación Instituto San José dispone de un gabinete de neurofisiología donde se realizan electromiogramas, polisomnogramas y electroencefalogramas básicos y con privación de sueño a nivel ambulatorio.

Tabla 5.8 Actividad de las consultas externas de Geriatría y de los hospitales de día de los hospitales de apoyo (2010)

	CONSULTAS			HOSPITAL DE DÍA	
Hospital	**Nuevas**	**Sucesivas**	**Totales**	**Pacientes**	**Nº asistencias/paciente**
H. Guadarrama	508	734	1.242	77	30,0
H.U. La Paz-Cantoblanco	183	105	288	56	21,8
TOTAL	**691**	**839**	**1.530**	**133**	**26,5**

3.2. Recursos Diagnósticos Propios y Concertados

Los hospitales de apoyo se caracterizan por disponer de medios diagnósticos más limitados que los hospitales de agudos, tanto en lo que se refiere al tipo de pruebas como al horario en el que están disponibles.

Respecto a las pruebas analíticas, el Hospital de La Fuenfría y el Hospital de Guadarrama utilizan el Servicio de Laboratorio del Hospital El Escorial tanto para pruebas programadas como urgentes. El Hospital Virgen de la Poveda dispone de laboratorio propio, recurriendo al laboratorio del Hospital General Universitario Gregorio Marañón para las pruebas más complejas. El Hospital Virgen de la Torre utiliza el Laboratorio Central de la Comunidad de Madrid para pruebas programadas y el Servicio de Laboratorio del Hospital Universitario Infanta Leonor para las pruebas urgentes. La Fundación Instituto San José recurre a un laboratorio externo para las determinaciones analíticas. El Hospital Beata María Ana, el Hospital Universitario La Paz-Cantoblanco y el H.G.U. Gregorio Marañón-IPR disponen de laboratorio propio; los dos últimos cuentan también con el laboratorio de su centro hospitalario principal.

Los hospitales Virgen de la Poveda, La Fuenfría y Guadarrama disponen de pruebas radiológicas simples que pueden ser interpretadas por radiólogos de centros concertados. Desde hace pocos años, los tres centros disponen de telesonografía asistida por especialistas de dichos centros. Los únicos hospitales que disponen de especialistas en radiodiagnóstico son el H. Virgen de la Torre, H. Beata María Ana, H. U. La Paz-Cantoblanco y H.G.U. Gregorio Marañón-IPR, lo que posibilita la realización de estudios ecográficos y el informe de las pruebas de radiología simple. Las pruebas de radiodiagnóstico más complejas deben ser realizadas en otros centros sanitarios.

3.3. Proceso de Selección de los Pacientes

El procedimiento estándar de solicitud de ingreso en los hospitales de apoyo es la remisión vía Fax de un informe médico, de enfermería y social del paciente, en ocasiones acompañado por un informe del Servicio de Rehabilitación si se solicita ingreso en la unidad de media estancia. El Hospital Virgen de la Poveda tiene la posibilidad de acceder a la historia clínica electrónica de los pacientes ingresados en el Hospital Universitario 12 de Octubre para disponer de mayor información en la valoración de la solicitud. En algunos casos la información es transmitida mediante contacto telefónico entre el médico responsable del paciente y un médico de la unidad solicitada; este procedimiento es común entre los equipos de soporte y asistencia domiciliaria (ESAD) y los profesionales de las unidades de cuidados paliativos. La comunicación directa entre los profesionales asistenciales (médico o enfermera gestora de casos) posibilita una transmisión de la información más completa y eficaz y una coordinación más rápida, evitando la práctica extendida de solicitar el ingreso de un paciente en varios hospitales de apoyo simultáneamente y esperar a conocer cuál contesta afirmativamente en el menor tiempo.

No obstante, el procedimiento de selección más completo es el desarrollado por parte de los hospitales Universitario La Paz-Cantoblanco, H.G.U. Gregorio Marañón-IPR y el H. Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela, donde los propios médicos de los hospitales de apoyo valoran directamente a los pacientes candidatos al ingreso, dialogan con el equipo terapéutico y exponen los objetivos del ingreso al paciente y a sus familiares. Para ello deben desplazarse físicamente desde su centro de trabajo al centro donde están ingresados los pacientes.

En relación con la aceptación del ingreso, dicha responsabilidad recae en los médicos asistenciales en la mayoría de los hospitales con la excepción de los hospitales de La Fuenfría, Guadarrama y Beata María Ana y la Clínica Sear, S.A., en los que depende del servicio de admisión o de la dirección del centro.

3.4. Relación con los Servicios de Geriatría del Hospitales de Agudos

A pesar de que muchos de los pacientes derivados a los hospitales de apoyo son valorados por especialistas de los servicios de Geriatría del hospital de origen, la mayoría carece de una relación protocolizada que facilitaría el trasvase de información clínica y la transición del paciente entre niveles asistenciales. Este problema no existe en las unidades de media estancia del H.G.U. Gregorio Marañón-IPR y del H. Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela, ya que son una unidad más del servicio de Geriatría, ni en las unidades geriátricas del Hospital Universitario La Paz-Cantoblanco, que pertenecen al Servicio de Geriatría del Hospital Universitario La Paz. Algunos hospitales de apoyo establecen una relación telefónica con los geriatras de alguno de sus hospitales proveedores de pacientes, como es el caso de la Fundación Instituto San José con el Hospital de Getafe, del Hospital Virgen de la Poveda con el Hospital de Fuenlabrada o del Hospital Virgen de la Torre con el Hospital Universitario Infanta Leonor.

3.5. Relación con los Servicios de Urgencias y otras Especialidades Médicas y Quirúrgicas

Los hospitales de apoyo que cuentan con una unidad de crónicos agudizados y la Unidad de Convalecencia del H.G.U. Gregorio Marañón-IPR admiten a pacientes directamente desde la urgencia de los hospitales de agudos siempre y cuando las necesidades de hospitalización puedan quedar cubiertas con su dotación de medios diagnósticos y terapéuticos. El traslado desde la Urgencia también puede incluir a pacientes destinados a las Unidades de Cuidados Paliativos y a pacientes con una patología traumatológica no subsidiaria de intervención quirúrgica (fractura de pelvis, por ejemplo).

Sin duda son los servicios de Traumatología y las unidades de Ortogeriatría los que mayor volumen de pacientes derivan a los hospitales de apoyo, con una finalidad básicamente rehabilitadora en pacientes ancianos y con criterios de paciente geriátrico. Los hospitales de apoyo más alejados de los hospitales de agudos han desarrollado programas de teleconsulta con los servicios de Traumatología que más pacientes les derivan (Hospital La Fuenfría con el Hospital Clínico San Carlos, Hospital de Guadarrama con el Hospital Universitario Ramón y Cajal y Hospital Virgen de la Poveda con el Hospital Universitario de Getafe). Dichos programas se están extendiendo a las especialidades de Dermatología, Cardiología, Neumología y Neurología.

Otros servicios que proveen pacientes a los hospitales de apoyo son Neurología y Neurocirugía (unidad de media estancia), Medicina Interna (unidad de media estancia y cuidados continuos) y Oncología Médica (unidad de cuidados paliativos).

Los profesionales médicos y de enfermería de los hospitales La Fuenfría, Guadarrama y Virgen de la Poveda aprovechan el equipamiento de telemedicina para realizar sesiones clínicas conjuntas mediante videoconferencia.

3.6. Relación con Atención Primaria

En términos generales, la relación de los hospitales de apoyo con Atención Primaria se encuentra escasamente desarrollada, máxime si consideramos que uno de los objetivos de las políticas sanitarias en general, y de la Geriatría en particular, es promover la permanencia del anciano en su domicilio y acercar la asistencia especializada al ámbito comunitario. Probablemente sea la relación de Atención Primaria con las unidades de cuidados paliativos la que ha tenido un mayor desarrollo, existiendo una fluida relación entre éstas y los equipos de soporte y atención domiciliaria, lo que facilita el flujo de pacientes entre la atención primaria y especializada y la continuidad de los cuidados. Además, los centros de Atención Primaria de la zona tienen a su disposición los recursos asistenciales ambulatorios (consultas externas de Geriatría, consultas especializadas en determinadas patologías, hospital de día) de aquellos hospitales de apoyo que los incluyen en su cartera de servicios. Algunos hospitales de apoyo, como el Hospital de La Fuenfría, realizan las pruebas urgentes de radiología simple y las ecografías programadas que solicitan los médicos de Atención Primaria de la zona más próxima. En el Hospital de Guadarrama se realizan también radiografías simples solicitadas por Atención Primaria.

El Hospital Virgen de la Torre ha desarrollado con Atención Primaria el Programa de Enfermos Crónicos Avanzados (PECA) por el que ofrece a los enfermos crónicos incluidos en el plan asesoría especializada sobre cuestiones clínicas de diversa índole, evaluación integral, valoración de ingreso hospitalario con la posibilidad de un ingreso breve si su grado de dependencia lo requiere y realización de pruebas diagnósticas y de técnicas diagnósticas y terapéuticas que resulten difíciles en el domicilio (cambios de sonda, paracentesis, toracocentesis, curas de úlceras cutáneas complejas…).

Algunos hospitales de apoyo, como el Hospital de Guadarrama, han puesto en marcha proyectos de colaboración con los equipos de atención primaria de la zona, dando a conocer la cartera de servicios del hospital y los procedimientos de derivación mediante reuniones periódicas.

3.7. Relación con las Residencias

Si bien existen iniciativas aisladas por parte de algún hospital de apoyo, como el establecimiento de vías directas de derivación al Hospital Virgen de la Torre desde las residencias de mayor tamaño del área o el asesoramiento clínico informal a médicos de residencias desde el Hospital Virgen de la Poveda, no existen planes de seguimiento conjunto de pacientes complejos, protocolos clínicos comunes de las patologías más prevalentes ni vías formales de comunicación entre los profesionales de los dos ámbitos.

3.8. La Relación y la dimensión de la Libre Elección en los Hospitales de Apoyo

Los hospitales de apoyo de la Comunidad de Madrid no tienen asignado un hospital de agudos a cuyos pacientes deban atender, sino que están a disposición de la totalidad de los hospitales de agudos y centros de Atención Primaria. Debemos exceptuar al H.G.U. Gregorio Marañón-IPR, al Hospital Universitario La Paz-Cantoblanco y al Hospital Virgen de la Torre, quienes atienden de forma exclusiva a los pacientes procedentes del H.G.U. Gregorio Marañón, H.U. La Paz e H.U. Infanta Leonor, respectivamente.

Frente a esta teórica libertad de elección del hospital de apoyo, suele operar el criterio de proximidad, de manera que los profesionales de los hospitales de agudos y centros de salud suelen solicitar la derivación de sus pacientes a los hospitales de apoyo más cercanos. Por otro lado, el establecimiento de programas de actuación entre los hospitales de apoyo y determinados servicios clínicos de los hospitales de agudos (seguimiento de pacientes mediante teleconsultas, por ejemplo) favorece que las derivaciones se dirijan sistemáticamente a un mismo hospital de apoyo.

4.- ANÁLISIS DE LA DEMANDA Y ESTIMACIÓN DE NECESIDADES

4.1. Patologías más prevalentes que generan incapacidad y necesidad de cuidados en las Unidades de Media Estancia

El estudio clásico realizado por Ferruci y col. en una población mayor de 65 años observó que el 75% de los pacientes que desarrolló incapacidad grave (en más de tres actividades de la vida diaria) precisó hospitalización y dicha incapacidad se debió básicamente a seis diagnósticos médicos: ictus, cáncer, insuficiencia cardiaca, neumonía, fractura de cadera y cardiopatía isquémica *(Ferruci L 1999)*. El perfil de cuidados que van a precisar estos pacientes en alguna etapa de su proceso coincide con el proporcionado por los hospitales de apoyo en sus unidades de media estancia o convalecencia, de manera que podríamos aproximarnos a la demanda de estas unidades revisando la incidencia de los procesos citados en la Comunidad de Madrid a lo largo de 2010 (tabla 5.9).

Tabla 5.9 Patologías incapacitantes en 2010 en la Comunidad de Madrid

GRD	Nº GRD	Total altas	Estancia media	Total Estancias
Ictus	14, 810	5.021	9,8	49.085
EPOC y neumonía	88, 89, 541	25.155	9,4	237.239
Insuficiencia cardiaca	127, 544	15.473	9,4	145.032
Fractura de cadera y pelvis, prótesis y otros procedimientos sobre MM II	209-211, 218, 219, 236	11.246	9,7	108.979

Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos. Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria. Servicio Madrileño de Salud. GRD: grupos relacionados con el diagnóstico.

Podemos realizar una estimación más precisa de la demanda de cuidados en las unidades de media estancia si examinamos el número de altas producidas en la Comunidad de Madrid en 2010 en aquellas patologías susceptibles de ser tratadas en este tipo de unidades (tabla 5.10).

Tabla 5.10 Patologías susceptibles de atención en unidades de media estancia en 2010 en la Comunidad de Madrid

GRD	Descripción	Nº altas	E.M.	Estancias
14	Ictus con infarto	3.884	9,69	37.636
88	EPOC	2.446	7,51	18.373
89	Neumonía	3.029	8,75	26.491
113	Amputación MM II	256	21,75	5.568
127	Insuficiencia cardiaca	6.724	8,25	55.465
130	Trastornos vasculares periféricos	1.065	13,62	14.501
148	Procedimientos mayores de intestino	1.552	16,56	25.705
209	Sustitución articulación mayor	3.988	8,77	34.968
210	Procedimiento de cadera y fémur CC	1.545	16,85	26.027
211	Procedimiento de cadera y fémur	1.869	11,84	22.137
218	Procedimiento de MM II y húmero CC	426	10,75	4.581
219	Procedimiento de MM II y húmero	2.996	5,72	17.152
236	Fracturas de cadera & pelvis	422	9,75	4.114
TOTAL		**30.202**	**9,69**	**292.718**

Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos. Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria. Servicio Madrileño de Salud. GRD: grupos relacionados con el diagnóstico.

4.2. Patologías que generan necesidad de Cuidados Paliativos

Según los datos aportados por el Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid (http://www.madrid.org/iestadis/), en 2007 se produjeron 39.720 fallecimientos, siendo las causas más frecuentes las neoplasias, patologías crónicas que originan insuficiencia de órganos (insuficiencia cardiaca, respiratoria, renal y hepática) y patologías neurológicas (enfermedad de Parkinson y de Alzheimer). Mientras que las neoplasias son la causa de la muerte en el 29,2% de las defunciones de la población general, su importancia disminuye en los mayores de 75 años (21%) y de 80 años (16,7%) a favor de las patologías no oncológicas.

Para el cálculo de la población que precisa cuidados paliativos, se ha propuesto estimar como población diana a aquella que fallece por unas causas seleccionadas: neoplasias, insuficiencia cardiaca, hepática y renal, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad de Parkinson y otras enfermedades del sistema nervioso central, enfermedad de Alzheimer e infección por VIH.

A lo largo de 2007 fallecieron 39.720 personas en la Comunidad de Madrid, siendo la causa de muerte alguna de las seleccionadas en 18.101 de los casos (población diana susceptible de recibir cuidados paliativos) (tabla 5.11)

Tabla 5.11 Mortalidad por patologías susceptibles de cuidados paliativos en 2010 en la Comunidad de Madrid

Causa de la muerte	Población general	Población > 75 años	Población > 80 años
Neoplasias	11.598	5.556	3269
Insuficiencia cardiaca	2.217	1.973	1695
Insuficiencia renal	753	613	479
Insuficiencia hepática	523	152	75
EPOC	1.279	1.030	734
Parkinson y otras enfermedades del SNC	843	641	393
Enfermedad de Alzheimer	706	540	521
HIV/SIDA	182	2	1
TOTAL	**18.101**	**10.507**	**7.167**

Fuente: Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid (http://www.madrid.org/iestadis/)

De acuerdo con la prevalencia de síntomas y la utilización de recursos en la fase final de la vida, un 60% de los pacientes que fallecen por una neoplasia y un 30% de los que fallecen por las causas no oncológicas seleccionadas precisarían de la intervención de dispositivos de Cuidados Paliativos para evitar

situaciones tanto de obstinación terapéutica como de abandono asistencial *(Consejería de Sanidad de Madrid 2010)*. Por tanto, se estima que en la Comunidad de Madrid la población susceptible de recibir Cuidados Paliativos por recursos específicos sería de 8.910, de los cuales 6.959 lo son por padecer una neoplasia y 1.951, por las causas no oncológicas seleccionadas.

Si nos centramos en la demanda de cuidados paliativos en la población mayor de 75 años, la mortalidad en este grupo de edad alcanzó los 26.417 casos, siendo 10.507 los que fallecieron como consecuencia de una neoplasia o por uno de los procesos no oncológicos seleccionados (población diana). Adoptando los mismos criterios que para la población general, la población susceptible de recibir Cuidados Paliativos por recursos específicos sería de 4.819 personas (3.334 por una neoplasia y 1485 por una patología no oncológica).

4.3. Patologías que generan necesidad de Cuidados Continuados

Como veíamos en otro apartado, las principales patologías que motivan el ingreso en las unidades de cuidados continuados son el ictus con severa afectación neurológica y sin posibilidad de recuperación funcional, la patología osteoarticular severa (incluida la fractura de cadera), las complicaciones asociadas a la demencia (úlceras cutáneas, por ejemplo), las neoplasias y las patologías orgánicas avanzadas, entre las que destacan la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la insuficiencia cardiaca. Incluso en el caso de patologías como las úlceras cutáneas (GRD 271), resulta difícil establecer qué pacientes van a precisar cuidados continuados hospitalarios en base al conocimiento del CMBD de los hospitales de la Comunidad de Madrid. Por un lado, los pacientes con patologías como el ictus o la insuficiencia cardiaca pueden ser atendidos en niveles asistenciales diferentes a la unidad de cuidados continuados, como puede ser la unidad de media estancia; por otro, dichos cuidados a menudo son dispensados en residencias asistidas, siendo difícil determinar la mejor ubicación de alguno de estos pacientes.

4.4. Patologías que generan necesidad de ingreso En Unidades de Crónicos Agudizados

En la tabla 5.12 figuran las patologías que generan un mayor número de estancias en las Unidades de Crónicos Agudizados de los hospitales de Guadarrama, La Fuenfría, Virgen de la Poveda y Virgen de la Torre y que incluyen infecciones respiratorias, infecciones del tracto urinario y episodios de reagudización de EPOC y de descompensación de una insuficiencia cardiaca. Aunque el CMBD no aporta mayor información, este tipo de pacientes a menudo presenta una edad avanzada, pluripatología y deterioro funcional y cognitivo establecidos e ingresa por la reagudización de un proceso crónico.

Tabla 5.12 Patologías que generan mayor número de estancias en las Unidades de Crónicos Agudizados en 2010 en la Comunidad de Madrid

Descripción	GRD	Altas	E. media	Estancias
Infección respiratoria, neumonía, EPOC	79, 80, 87, 88, 89, 90	993	16,2	16.092
Insuficiencia cardiaca	127, 544	267	17,6	4.707
Infecciones del tracto urinario	320, 321	110	15,4	1.694

4.5. Estimación de necesidades

La estimación del número necesario de camas para atender a pacientes con determinadas patologías o que requieren unos cuidados concretos a menudo se basan en recomendaciones establecidas por instituciones o sociedades profesionales. Éstos proponen unas necesidades mínimas para la población general o para determinados grupos de edad (mayores de 65 años, por ejemplo) aparentemente basadas en las opiniones de expertos pero sin un sustento metodológico explícito.

Otros autores basan sus recomendaciones a partir del registro de clasificación de pacientes en GRD *(Serra JA 2000, Baztán JJ 2004)* o basándose en las necesidades de hospitalización de pacientes diana (ancianos frágiles, por ejemplo) *(Baztán JJ 2004)*.

A continuación presentamos las estimaciones del número necesario de camas de recuperación funcional y de cuidados paliativos para la Comunidad de Madrid basadas en diferentes procedimientos de cálculo y en parte reflejadas en el capítulo *Concepto de la Especialidad* de este Plan.

4.5.1. Unidades de Media Estancia

- El INSALUD, en su documento "Criterios de Ordenación de Servicios para la Atención Sanitaria a Personas Mayores" *(Instituto Nacional de Salud 1995)* recomienda 0,93 camas de UME por cada 1000 habitantes mayores de 65 años. El "Pla de desplegament de recursos sociosanitaris 2000-2005" *(Departament de Sanitat 2000)*, señala una cobertura de camas de convalecencia de 1,8 camas/1000 habitantes de 65 o más años; no obstante, los recursos de convalecencia en Cataluña tienen una estancia media de unos 45 días; asumiendo una estancia óptima de este recurso de unos 30 días, podríamos ajustar el ratio a 1,2 camas por cada 1000 habitantes de 65 o más años. Para la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, el ratio debe ser 1,5 camas de UME por cada 1000 habitantes mayores de 65 años *(Sociedad Española de Geriatría y Gerontología 2001)*; la Sociedad Británica de Geriatría eleva el ratio hasta 2,5 camas de UME por cada 1000 habitantes mayores de 65 años *(British Geriatric Society 1988)*. Finalmente, la Sociedad Española de Medicina Geriátrica realizó una estimación de camas para la Comunidad de Madrid en 2004 que oscilaba entre 436 y 1.009, dependiendo del procedimiento de cálculo utilizado *(Baztán J 2004)*.

La tabla 5.13 muestra el número necesario de camas de UME en la Comunidad de Madrid según las diferentes recomendaciones basadas en datos poblacionales de Madrid del Censo de 2010.

Tabla 5.13 Necesidad de camas de unidad de media estancia según recomendaciones

	BGS	INSALUD	SEGG	SEMEG	PRSS
Ratio recomendado (camas/1000 ≥65 años)	2,5	0,93	1,5	1,3-3,0	1,2
Necesidad de camas	2.377	884	1426	614-1418	1.106

Fuente: Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid (http://www.madrid.org/iestadis/

BGS: British Geriatrics Society. **SEGG**: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. **SEMEG**: Sociedad Española de Medicina Geriátrica. **PRSS:** Pla de Recursos SocioSanitaris (2000-2005)

- Otro procedimiento para estimar el número de camas consiste en calcular el número de pacientes que pueden requerir este recurso, tal y como se expone en el apartado 8.1 del capítulo Concepto de la Especialidad y que estima la necesidad en 525 camas de UME-recuperación funcional.

4.5.2. **Unidad de Cuidados Paliativos.** La mayor parte de las comunidades autónomas que disponen de criterios explícitos de planificación de recursos de hospitalización de CP, los sitúan entre 80-100 camas de UCP por millón de habitantes. Se estima que un 40% de estas camas debe estar localizado en hospitales de agudos, ubicando el 60% restante en centros de media o larga estancia (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2009). Por otro lado, el "Pla de desplegament de recursos sociosanitaris 2000-2005" catalán, recomienda una cobertura de camas de cuidados paliativos de 0,2 camas/1000 habitantes de 65 o más años.

La necesidad de camas de cuidados paliativos en la Comunidad de Madrid para una población mayor de 65 años de 921.347 personas en 2009 aparece en la tabla 5.14.

Tabla 5.14 Necesidad de camas de cuidados paliativos según recomendaciones

	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad	Pla de desplegament sociosanitaris 2000-2005
Ratio recomendado	80-100 camas por millón habitantes	0,2 camas/1000 habitantes ≥65 años
Necesidad de camas total	74	184
Necesidad de camas en hospitales de media/larga estancia	44	111

Fuente: Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid (http://www.madrid.org/iestadis/)

Al contrario de lo que ocurre con las camas de media estancia, la dotación de camas de cuidados paliativos en los hospitales de apoyo de la Comunidad de Madrid (160) excede a las recomendaciones del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad del "Pla de desplegament de recursos sociosanitaris 2000-2005".

4.6. Impacto del incremento de la actividad de los Hospitales de Apoyo en los Hospitales de Agudos

A la hora de plantear un eventual incremento de la actividad en los hospitales de apoyo, específicamente de las unidades de media estancia, es necesario partir de un escenario de criterios mínimos de actividad para las unidades existentes, lo que permitiría incrementar la oferta sin necesidad de instalar nuevos recursos. En primer lugar, consideraremos las unidades de media estancia y de crónicos agudizados como una misma unidad asistencial. En segundo lugar, si adoptamos como criterios mínimos de actividad una estancia media de 30 días y un índice de ocupación del 85%, vemos que se aproxima a la actividad real de las unidades en 2010 (tabla 5.15). Por lo tanto, el incremento esperable en el número de estancias adoptando los criterios mínimos de actividad sería muy reducido.

Tabla 5.15 Actividad conjunta de las unidades de media estancia y crónicos agudizados

Unidad	Camas	Estancias totales	Ocupación (%)	Ingresos	Estancia media
Media Estancia	469	149.937	85,1	3.968	36,7
Crónicos Agudizados	101	27.560	69,6	2.495	11,0
TOTAL	**570**	**177.497**	**82,3**	**6.463**	**27,5**

Si adoptamos la recomendación más conservadora sobre el número de camas de media estancia necesario en la Comunidad de Madrid (697) y aplicamos los criterios mínimos de actividad (estancia media de 30 días e índice de ocupación del 85%), vemos que se generarían 38.747 estancias, atendiendo a 745 pacientes más (tabla 5.16).

Tabla 5.16 Diferencia de actividad con un incremento de camas de media estancia.

Unidad	Camas	Estancias totales	Ocupación (%)	Ingresos	Estancia media
Actividad 2010	570	177.497	82,3	6.463	27,5
Actividad previsible	697	216.244	85,0	7.208	30,0
Diferencia	**127**	**38.747**	**-**	**745**	**-**

La tabla 5.9 muestra las estancias generadas en los hospitales de agudos por los GRD susceptibles de ingreso en una unidad de media estancia. La actividad llevada a cabo por las unidades de media estancia y crónicos agudizados de los hospitales de apoyo alcanza las 177.497 estancias. Asumiendo que el 80% de esas estancias corresponden a los GRD de la tabla 10, los hospitales de apoyo han liberado 141.998 estancias en los hospitales de agudos por los GRD mencionados a lo largo de 2010, disminuyendo la estancia media global por los citados GRD de 14,4 a 9,7 días. Si la dotación de camas de media estancia alcanzase las 697 (recomendación más conservadora), se liberaría en los hospitales de agudos el 80% (porcentaje de ingresos en la unidad de media estancia atribuible a los GRD) de las 38.747 estancias generadas, pudiendo disminuir la estancia media global por los GRD citados hasta los 8,7 días.

5.- CALIDAD ASISTENCIAL. CRITERIOS DE ESTRUCTURA, PROCESO Y RESULTADO

En consonancia con el progresivo protagonismo de los hospitales de apoyo en la asistencia sanitaria, se está produciendo un interés generalizado por aumentar la calidad asistencial en este tipo de centros. Donabedian ha definido la **calidad de la asistencia sanitaria** como el grado de utilización de los medios más adecuados con el propósito de conseguir los mayores progresos en la salud. Una buena calidad asistencial se logra cuando se asignan los recursos materiales y humanos necesarios, se basa en los conocimientos científicos disponibles para conseguirla y se considera el problema de salud de forma global y completa, desde la educación sanitaria hasta las necesidades de mantenimiento *(García Navarro JA 2000)*.

La calidad asistencial se puede evaluar en los hospitales de apoyo mediante criterios o variables de estructura, proceso y resultado. Los **criterios de estructura** se refieren a los medios necesarios de un programa o un servicio de salud para prestar la atención de una forma adecuada. Incluyen la formación del personal, los ratios de personal, la estructura física de una planta de hospitalización o los medios tecnológicos. Los **criterios de proceso** se refieren a qué se hace con los pacientes y cómo se hace. Y los **criterios de resultado** se refieren a la situación final del paciente sometido a un proceso.

5.1. Criterios de Estructura

Los criterios de estructura que debe presentar un hospital de apoyo no están basados en una evidencia científica. El criterio de estructura que más puede influir en la calidad de un hospital de apoyo es el ratio de personal y, sobre todo, la formación de los profesionales que trabajan en él.

Los hospitales de apoyo realizan un trabajo interdisciplinar, por lo que necesitan contar con la participación de diferentes tipos de profesionales (médicos, enfermeras, fisioterapeutas, trabajadores sociales,...). Dado que el usuario mayoritario de este tipo de unidades es el anciano frágil, la mayoría de ellos deberían contar con un equipo especializado en Geriatría. Para establecer la dotación exacta de personal así como el perfil del mismo se debería tener en cuenta la complejidad del paciente tratado; la intensidad terapéutica, con una mayor dotación de personal clínico en aquellas hospitales que actúen muy precozmente tras la hospitalización de agudos; la ubicación de la unidad, disponiendo de una mayor plantilla las unidades docentes y aquellas ubicadas en hospitales terciarios, que deberían tratar los pacientes más complejos del área; y el perfil de pacientes atendidos, dotando a la unidad de profesionales diferentes (por ejemplo, disponibilidad de Neurólogo y Neuropsicólogo en las unidades de Ictus).

La Sociedad Española de Geriatría y Gerontología hace años estableció una serie de recomendaciones para unidades de media estancia geriátricas, que fueron recogidas por el INSALUD *(INSALUD 1996)*, y que incluyen un especialista en Geriatría por cada 25-30 camas, un ratio de personal de enfermería no inferior a 0,7 efectivos/cama (con una proporción de tres auxiliares por cada dos enfermeras) y un trabajador social al menos a tiempo parcial. Respecto al personal de terapia el informe referido no recomienda ratios concretos. Sin embargo, la heterogeneidad de la actividad asistencial de las unidades de media estancia, que incluye desde pacientes que únicamente requieren tratamiento rehabilitador a pacientes crónicos agudizados o subagudos postquirúrgicos, complica la estimación del personal necesario. Así, las recomendaciones de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología pueden ser adecuadas para unidades de media estancia que atienden a pacientes estables con necesidades básicamente rehabilitadoras (unidades de recuperación funcional), pero son claramente insuficientes para aquellas unidades que atienden a enfermos crónicos agudizados o subagudos postquirúrgicos, independientemente de que realicen tratamiento rehabilitador, en los que un ratio de un geriatra por cada 12 camas sería más adecuado

El Ministerio de Sanidad, Politica Social e Igualdad, en su informe de 2009 realiza una serie de recomendaciones relativas a la dotación de personal en las unidades de cuidados paliativos que incluyen un médico a tiempo completo por cada 14 camas, un profesional de enfermería por cada cuatro camas (la relación enfermera/auxiliar depende del nivel de dependencia y complejidad de los pacientes atendidos), un trabajador social por cada 28 camas y un fisioterapeuta/terapeuta ocupacional por cada 28 camas *(Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad 2009)*. La unidad de cuidados paliativos debe contar con personal médico y de enfermería con formación avanzada en cuidados paliativos, además de la titulación específica y la experiencia asistencial en hospitalización convencional en unidades médicas.

Además de unos criterios mínimos de accesibilidad (lista de espera reducida, cercanía al domicilio, ausencia de barreras arquitectónicas) y de seguridad (entorno diseñado para evitar caídas y otros accidentes así como pérdidas y fugas), existen una serie de criterios que los hospitales de apoyo deben cumplir *(García Navarro JA 2000)*: habitaciones con espacio suficiente para alojar la cama y el material que los pacientes vayan a utilizar (sillón, silla de ruedas, andador,…) y cuarto de baño asistido; mobiliario adecuado (camas regulables en altura, p ej.); sistemas de oxígeno y vacío en cada habitación; áreas comunes amplias para recibir visitas de los familiares y realizar terapias recreativas; gimnasio de rehabilitación situado en el mismo edificio y próximo a la zona de hospitalización; salas de reuniones de los equipos separadas de las zonas de enfermería; y ausencia de barreras arquitectónicas en el acceso a las unidades.

El equipo multidisciplinar debe estar formado al menos por el médico, enfermera, y auxiliar de enfermería del paciente, así como por el médico rehabilitador y el trabajador social. En caso de no existir médico rehabilitador, se incorporan al equipo el fisioterapeuta, el terapeuta ocupacional y el logopeda. Dependiendo de la unidad asistencial, también participa el psicólogo clínico (unidad de cuidados paliativos) o el neuropsicólogo (unidades de rehabilitación con pacientes afectos de patología neurológica).

5.2. Criterios de Proceso

La mayoría de los indicadores de proceso son recogidos en protocolos o guías de práctica clínica dedicados al diagnóstico y tratamiento de diferentes enfermedades de elevada prevalencia en los hospitales de apoyo y cuya intención es la de reducir la variabilidad de la práctica clínica, recomendando aquellas acciones médicas que estén avaladas por la evidencia científica disponible. Pero además de las recomendaciones de las guías clínicas, existen procedimientos que se deben cumplir en un hospital de apoyo:

- Adecuada **selección de los pacientes** candidatos al ingreso tras una valoración geriátrica “in situ” que al menos incluya los problemas médicos del paciente, su medicación, la situación funcional y mental previa y en el momento de la valoración así como el grado de apoyo social, y establezca los objetivos del ingreso en el hospital de apoyo, informando de los mismos al paciente y a sus familiares, así como de la estancia prevista en el hospital.
- **Valoración geriátrica completa** en las primeras 48-72 horas de ingreso en el hospital de apoyo por parte del equipo multidisciplinar, quedando reflejados en la historia clínica los resultados de la valoración. Aunque probablemente con menor efectividad, la evaluación geriátrica integral sigue siendo beneficiosa en la población propia de los cuidados de media-larga duración hospitalarios, en donde existe un mayor grado de deterioro, discapacidad y menor reversibilidad de los procesos morbosos. Su sistemática puede permitir detectar problemas ocultos y aspectos tratables en la enfermedad crónica (dolor, síndromes geriátricos, alteraciones nutricionales, trastornos conductuales, yatrogenia farmacológica o institucional) e incluso, en ocasiones, detectar situaciones parcialmente reversibles en pacientes innecesariamente institucionalizados. En su defecto, debe proporcionar a través de la participación del equipo, fundamentalmente clínico y de enfermería, una correcta planificación de cuidados y tratamientos. En este ámbito estas intervenciones deben ir principalmente enfocadas hacia el mantenimiento de capacidades funcionales remanentes, proporcionar bienestar y mejorar la calidad de vida del paciente ingresado en unidades de larga estancia hospitalaria *(Arranz LC 2007)*.

- Diseño de un **plan de cuidados** como resultado de la evaluación inicial, con la posibilidad de ser corregido ante cambios en el estado clínico del paciente.
- Trabajo **interdisciplinario** con reuniones periódicas en las que se evalúa la respuesta al plan de tratamiento y se rediseñan los objetivos terapéuticos si es necesario.
- Utilización de **protocolos** de atención a los procesos más frecuentes en cada unidad.
- Monitorización de **eventos adversos** (caídas, reacciones a fármacos, infecciones nosocomiales, incidencia de delirium, utilización de medias de restricción física,…).
- **Planificación del alta** que incluya la gestión del suministro del equipamiento necesario en el domicilio, la formación del paciente y cuidador principal en el manejo de sus patologías y contacto con los profesionales de Atención Primaria previo al alta para asegurar la continuidad de los cuidados. La intervención psicosocial sobre la familia y el propio enfermo, adquiere especial relevancia en el hospital de apoyo, dado el alto riesgo de institucionalización definitiva del paciente tipo, con pérdida subaguda de función o de capacidad cognitiva. Por ello, debemos contar con la intervención lo más eficaz posible por parte del trabajador social, con el objetivo prioritario de la movilización de recursos y voluntades para la reintegración del paciente en el domicilio cuando así sea posible *(Arranz LC 2007)*.

5.3. Criterios de Resultado

Los indicadores de resultado son difíciles de establecer en los hospitales de apoyo por atender a pacientes con diferente complejidad y con diferente evolución y desarrollo de complicaciones, influyendo otras variables con independencia del tratamiento aplicado, como son la situación basal o la comorbilidad. Por otro lado, los objetivos del tratamiento difieren entre las diferentes unidades: así, mientras que en las unidades de crónicos agudizados el objetivo es la resolución del proceso agudo y la prevención del deterioro funcional con una baja mortalidad, en las unidades de media estancia el objetivo reside en la recuperación funcional y en el tiempo necesario para alcanzarla (eficiencia de la recuperación funcional); en las de cuidados paliativos, reside en variables como la disminución del disconfort, el control de síntomas o el nivel de satisfacción del paciente y sus familiares. En cualquier caso, es recomendable establecer al menos los siguientes indicadores de resultado en las diferentes unidades asistenciales de los hospitales de apoyo, independientemente de aquellos que se adopten como propios de cada unidad: situación funcional y mental al alta, tasa de institucionalización, de mortalidad y de reingresos, porcentaje de pacientes derivados a hospitales de agudos y grado de satisfacción del paciente y cuidador con el servicio.

5.4. Sistemas de Clasificación de Pacientes

En la actual coyuntura económica el control del gasto y un uso más eficiente y eficaz de éste se han convertido en variables clave para los gestores y administradores sanitarios. Igual que sucedió anteriormente en los hospitales de agudos, la utilización de sistemas de clasificación de pacientes se contempla cada vez más como un elemento necesario tanto en la planificación como en la gestión de servicios en los hospitales de apoyo. Estos sistemas, también denominados sistemas de medida de la casuística, o del *case-mix*, se están revelando útiles como instrumentos de soporte para la financiación, la evaluación de la calidad asistencial, la determinación de niveles de dotación de personal y el control del acceso a la atención.

El hecho de estandarizar la tipología de los pacientes permite comparar centros o sistemas sanitarios a nivel de actividad realizada, calidad de la atención o eficiencia en el uso de recursos, que de otra manera no se podrían comparar dada la gran variabilidad existente en cuanto a los pacientes, al lugar de provisión del servicio, a la duración de los cuidados y a la estructura administrativa, organizativa y financiera de los centros. El sistema utilizado en los hospitales de apoyo de la comunidad de Madrid clasifica a los pacientes en GRD. Este sistema permite comparar la estancia media de cada GRD entre unidades de un mismo hospital y entre hospitales.

Sin embargo, la duración de la estancia no puede ser utilizada como variable para estimar el coste de hospitalización, ya que en los hospitales de apoyo las estancias son habitualmente muy largas y el coste por paciente se relaciona más con el coste de personal, al representar la mayoría de los costes que varían en función del paciente. Así, en los centros de media y larga estancia, el tiempo dedicado por los profesionales a la asistencia directa a los ancianos es la variable básica en la explicación de los costes *(García-Altés A 1999)*. Por otro lado, conviene señalar que algunos hospitales de apoyo forman parte del hospital emisor de forma que las estancias medias se suman, lo que invalida cualquier comparación de estancias entre hospitales. En estos casos deberían considerarse como dos episodios asistenciales en lugar de un único episodio.

La capacidad funcional es una de las variables más importantes en el coste de hospitalización, ya que refleja tanto la necesidad de cuidados (tiempo de enfermería) como los resultados de la asistencia, pudiendo considerarse como el mayor determinante del consumo de recursos en los hospitales de media y larga estancia. Por el contrario, los diagnósticos y procedimientos médicos no tienen tanta importancia en la determinación del uso de recursos como en los hospitales de agudos, los que hace que la utilización del sistema de GRD no sea apropiada en los hospitales de apoyo. Por este motivo, sería necesario complementar la información aportada por el GRD con la capacidad funcional previa y en el momento del ingreso y la situación mental en los pacientes mayores de 75 años. Se han propuesto escalas validadas y de fácil aplicación como el Índice de Barthel y de Katz y la Escala Física de Cruz Roja para la situación funcional y la escala de deterioro global y la Escala Mental de Cruz Roja para la situación mental.

Los sistemas más elaborados incluyen variables explicativas de la capacidad funcional de los pacientes e incorporan progresivamente variables de complejidad asistencial para la determinación del número de grupos finales en la clasificación. Un sistema de este tipo es el de grupos de utilización de recursos (Resource Utilization Groups, RUG), que se basa en la situación funcional del paciente, la presencia de ciertos diagnósticos, la necesidad de determinadas técnicas de enfermería y el tiempo de rehabilitación recibido. Es un sistema útil para detectar diferencias entre unidades, y para ajustar éstas en la medición de resultados clínicos y más apropiado para hospitales de media y larga estancia.

5.- ÁREAS Y PROPUESTAS DE MEJORA

5.1. Accesibilidad a los Hospitales de Apoyo

La facilidad de acceso a los diferentes hospitales de apoyo de la Comunidad de Madrid varía dependiendo de diversos factores, pero depende básicamente del hospital de agudos en el que el paciente se encuentre ingresado. Así, hemos visto cómo hay hospitales de apoyo que atienden de forma exclusiva a pacientes de un determinado hospital de agudos o área de salud. En otros casos, la elección del hospital de apoyo se realiza en base a la existencia de protocolos asistenciales conjuntos entre los centros de agudos y de apoyo (profesionales de un hospital de apoyo destacados en el hospital de agudos, programas de teleconsulta,…).

La distancia del domicilio del paciente al hospital de apoyo constituye otra barrera a la accesibilidad. Analizando la figura 5.1, se puede observar cómo amplias zonas de la Comunidad de Madrid se encuentran a gran distancia del hospital de apoyo más cercano y cómo hospitales de apoyo situados a más de 50 km. de la capital atienden a pacientes que mayoritariamente habitan en la misma.

La excesiva burocratización del proceso de admisión de pacientes genera esperas prolongadas que pueden repercutir negativamente en la situación clínica y funcional del paciente o hacer innecesario el traslado.

Finalmente, el desconocimiento de la cartera de servicios de los hospitales de apoyo por parte de los profesionales sanitarios de los hospitales de agudos y de Atención Primaria puede privar de esta asistencia especializada a los pacientes en los que podría estar indicada.

Propuestas

- En el entorno de la libre elección, se debe **facilitar la elección del hospital de apoyo** a todos los pacientes pertenecientes a la Comunidad de Madrid que necesiten sus cuidados. Para ello, los centros de Atención Primaria y Especializada dispondrán de la información relativa a la cartera de servicios y a los procedimientos de admisión de cada uno de los hospitales de apoyo de la Comunidad de Madrid.
- Es necesaria una **redistribución geográfica de los hospitales de apoyo** basada en criterios demográficos (densidad de población, envejecimiento,…) y en la dotación ya existente de niveles asistenciales geriátricos en cada área, en aras a una mayor proximidad del hospital de apoyo respecto al domicilio de los pacientes y de sus familiares.

- Debe **agilizarse el proceso de admisión de los pacientes**, de manera que los hospitales de apoyo comuniquen la aceptación o no del ingreso en menos de 24 horas desde que se realice la solicitud y éste se produzca en el menor plazo de tiempo posible.
- Deben definirse unos **criterios de inclusión y exclusión** comunes para las unidades asistenciales de los hospitales de apoyo. El anexo 1 realiza una propuesta para las unidades de recuperación funcional, crónicos agudizados, cuidados paliativos y cuidados continuos.

5.2. Proceso de Admisión de Pacientes

Salvo escasas excepciones, el proceso de selección de pacientes a ingresar en los hospitales de apoyo se basa exclusivamente en la información escrita que remiten los profesionales sanitarios responsables del paciente. A menudo la información remitida es incompleta o no está debidamente actualizada en lo que se refiere a aspectos clínicos, tratamiento farmacológico, objetivos terapéuticos y nivel de soporte social. Las consecuencias pueden ser la inadecuación del ingreso, la reiteración de pruebas diagnósticas, mayor frecuencia de errores en la medicación y una mayor ineficiencia del sistema. Otras veces, la presión por cumplir objetivos de ocupación de camas y de estancia media, tanto en hospitales de origen como de destino, actúa en detrimento de una coherente y adecuada selección de los pacientes.

Por último, no es infrecuente que se recurra al ingreso en un hospital de apoyo de pacientes que superan un proceso agudo y que están a la espera de obtener un determinado recurso social. Si bien la estancia en un hospital de apoyo resulta menos costosa que en un hospital de agudos y la situación social del paciente ha de ser considerada a la hora de indicar el ingreso en un centro de media-larga estancia, no debería ser el único factor que motive el ingreso.

Propuestas

- Dado el perfil de la mayoría de los pacientes que ingresan en los hospitales de apoyo, los hospitales de agudos de la Comunidad de Madrid dispondrán de un **equipo consultor de Geriatría, compuesto por médicos y enfermeras debidamente cualificadas, que actuará como interlocutor** para la derivación de aquellos pacientes que así lo necesiten, canalizando las derivaciones a los hospitales de apoyo, remitiendo los resultados de la valoración geriátrica integral y acordando el momento del traslado, los tratamientos recomendados y los objetivos terapéuticos. Este especialista dependerá del servicio de Geriatría del hospital de agudos o, en su defecto, de la dirección médica.

- En todo caso, el proceso de admisión de pacientes en los hospitales de apoyo nunca puede ser un mero trámite administrativo, sino un acto médico que busca optimizar la asistencia y que **debe ser llevado a cabo por profesionales sanitarios debidamente cualificados**.

5.3. Actividad Asistencial

Basándonos en las características del paciente que habitualmente ingresa en los hospitales de apoyo y en la demostrada efectividad de determinados niveles asistenciales geriátricos, es obligada la presencia de especialistas en Geriatría en todos los hospitales de apoyo que lideren equipos multidisciplinarios adecuadamente formados y cuya misión sea la de detectar precozmente y seleccionar a los ancianos frágiles con mayor riesgo de deterioro funcional; realizar una valoración exhaustiva del paciente; diseñar un plan terapéutico; responsabilizarse de los cuidados; planificar el alta; y asegurar la continuidad y el seguimiento de los cuidados en la transición entre niveles asistenciales.

Por otro lado, la actividad asistencial realizada en las unidades asistenciales de los hospitales de apoyo no puede ser evaluada exclusivamente en base a los diagnósticos y procedimientos médicos, sino que la información aportada por el sistema de GRD debe enriquecerse con índices de capacidad funcional y situación mental.

Propuestas:

- El **liderazgo de la actividad asistencial en los hospitales de apoyo deberá ser asumido por los especialistas en Geriatría,** actuando como coordinadores de equipos multidisciplinarios con responsabilidad directa sobre los cuidados y cuyo método de trabajo incluya la valoración geriátrica integral del paciente para diseñar el correspondiente plan terapéutico, la planificación del alta y la posterior continuidad de los cuidados.
- Es necesario complementar el **CMBD** con información relativa a la **situación funcional** y **mental** mediante el uso de escalas estructuradas y sencillas o de variables dicotómicas (por ejemplo, presencia o ausencia de deterioro cognitivo).

5.4. Disponibilidad de Medios Diagnósticos

Los pacientes candidatos a ingresar en un hospital de apoyo se encuentran estables desde el punto de vista clínico y han sido adecuadamente diagnosticados en sus hospitales de origen, lo que justifica que los primeros dispongan de unos medios diagnósticos limitados. Sin embargo, durante su estancia hospitalaria pueden presentar complicaciones que requieran determinadas pruebas complementarias o la valoración por otros especialistas. En estos casos, es necesario trasladar al paciente a un hospital de agudos, si bien hemos descrito experiencias en el uso de la telemedicina que palian en buena medida esta situación.

Propuestas

- Debe desarrollarse la **telemedicina** en sus diferentes modalidades diagnósticas (telesonografía, interpretación de pruebas radiológicas y teleconsulta con especialistas), lo que se traduciría en una mayor disponibilidad de medios diagnósticos y comodidad para los pacientes al evitar los desplazamientos a los hospitales de agudos. En el entorno de la libre elección, los programas de telemedicina podrían establecerse con un hospital de agudos determinado, independientemente de la procedencia del paciente ingresado en el hospital de apoyo.
- La mejora en el **acceso a pruebas diagnósticas y a especialistas** de los hospitales de agudos también deben incluir aquellas técnicas o pruebas que deben realizarse *in situ*, como la valoración oftalmológica o ginecológica o la realización de endoscopias digestivas.

5.5. Acceso a la Información y la Comunicación

El profesional sanitario de los hospitales de apoyo se enfrenta a múltiples sistemas de información que dan soporte al mismo proceso asistencial, de forma que la información no está integrada y, en muchos casos, no puede accederse a la misma. Por otro lado, no están diseñados los circuitos de comunicación entre los profesionales sanitarios de los diferentes niveles asistenciales (hospitales de agudos y de apoyo y Atención Primaria) ni con el paciente y sus cuidadores.

Propuesta

- Es necesario disponer de una **historia clínica electrónica compartida** que permita crear un repositorio centralizado de pacientes de forma que se pueda identificar unívocamente al paciente y acceder desde cualquier punto del sistema a su información clínica y social, ya que facilitaría la transmisión de información y aportaría más elementos de decisión en el proceso de admisión y en el diseño del plan terapéutico.

- Deben diseñarse **circuitos de comunicación** eficaz entre los profesionales de los hospitales de agudos y de apoyo y de Atención Primaria, con los pacientes y sus cuidadores, promoviéndose el uso de las consultas telefónicas y del correo electrónico.

5.6. Ámbito de la Asistencia

La mayoría de los hospitales de apoyo contemplan la hospitalización como forma exclusiva de asistencia, tal y como vimos anteriormente. Pero si el objetivo es mantener al paciente en su domicilio en la medida de lo posible, los medios diagnósticos y terapéuticos del hospital de apoyo deberían ponerse al servicio del paciente en la comunidad y de los profesionales de Atención Primaria, actuando de forma proactiva, buscando la necesidad en lugar de responder simplemente a la demanda y ejerciendo una medicina más preventiva que curativa en todos los estadios de la enfermedad.

La necesaria coordinación entre Atención Primaria y Especializada en la atención al paciente anciano es analizada con profundidad en el capítulo “Relación con el ámbito comunitario: Atención Primaria de salud y centros residenciales”. En él se propone la figura del Geriatra Consultor/Equipo Consultor de Geriatría en los hospitales de referencia como elemento básico en la relación con Atención Primaria y el medio residencial. A la vez, reconoce la variabilidad existente en los modelos de relación entre especialistas en Geriatría y médicos de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid motivada por la heterogeneidad de recursos asistenciales de Geriatría disponibles, inexistentes en muchas de las antiguas áreas sanitarias. La presencia de especialistas en Geriatría en los hospitales de media y larga estancia, muchas veces situados en poblaciones sin asistencia geriátrica especializada, debería ser aprovechada, extendiendo al ámbito comunitario su actividad asistencial de apoyo bajo la coordinación del Geriatra Consultor/Equipo Consultor de Geriatría del hospital de referencia y limitándola a su entorno más cercano.

La coordinación propuesta de los profesionales de los hospitales de apoyo con el medio comunitario facilitaría la continuidad de los cuidados que precisan los pacientes dados de alta del hospital de apoyo, indispensable para consolidar la mejoría funcional lograda, prevenir reagudizaciones y mantener al paciente en su domicilio.

Propuesta

- Los especialistas en Geriatría de los hospitales de apoyo de media y larga estancia **participarán en la asistencia especializada en el ámbito comunitario** bajo la coordinación del Geriatra Consultor/Equipo Consultor de Geriatría del hospital de agudos en su entorno geográfico más próximo en diferentes modalidades:

  - Realizando un seguimiento coordinado y conjunto de los pacientes de mayor complejidad con los profesionales de Atención Primaria, utilizando como instrumentos básicos la comunicación permanente y la accesibilidad (correo electrónico, telefonía móvil,…);
  - Estableciendo protocolos de ingreso directo con los profesionales de Atención Primaria y Equipos de Soporte y Atención Domiciliaria (ESAD) para pacientes con reagudización de patologías crónicas o necesidad de cuidados paliativos o continuos.
  - Apoyando a los profesionales sanitarios de residencias en el tratamiento de pacientes complejos y en la elaboración de protocolos de tratamiento de las patologías más prevalentes;
  - Controlando la telemonitorización del paciente en su domicilio como ayuda al seguimiento y detección temprana del estado de salud y gestionada conjuntamente con Atención Primaria;
  - Creando unidades de atención comunitaria ubicadas en el hospital de apoyo (consultas externas de Geriatría y hospitales de día) en aquellos casos en los que exista una demanda que contemple la distancia respecto al hospital de agudos o la inexistencia de estos recursos.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Elvira Conde Reina (Directora Médica del Hospital Beata María Ana), al Dr. Rafael Simón Díaz (Director Médico de la Clínica SEAR, S.A.) y al Dr. Francisco Robles Agudo (Geriatra del Hospital Universitario La Paz-Cantoblanco) por facilitarnos información sobre sus respectivos centros hospitalarios.

CAPITULO VI: LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE FUTURO

Coordinador

Pedro Gil Gregorio. Hospital Clínico San Carlos

Grupo de Trabajo

Fátima Brañas Baztán. Hospital UniversitarioInfanta Leonor

Javier Gómez Pavón. Hospital Central Cruz Roja San José y Santa Adela

Javier Martin Sanchez. Hospital Clinico San Carlos

1.- INTRODUCCION

Hoy día disponemos de abrumadoras evidencias tanto de eficacia como de eficiencia que aseveran los resultados de la intervención geriátrica en ese sentido con implicaciones para la práctica clínica y asistencial, permitiéndonos afirmar que en un futuro inmediato todo anciano de edad avanzada, vulnerable, de riesgo, ingresado desde la urgencia en un hospital de la Comunidad de Madrid debería tener acceso a una intervención geriátrica especializada.

La Comunidad de Madrid se encuentra en un puesto destacado dentro de España en la asistencia geriátrica especializada, ya que al menos un 78% del total de todos sus hospitales públicos presenta algún dispositivo de Geriatría, aunque en muchos es meramente testimonial. Un hito importante fue dotar de Geriatría a la mayoría de los nuevos hospitales aunque se perdió una oportunidad única al no constituirla como sección, a diferencia del resto de las especialidades, dotándolas de recursos humanos y estructurales que les hiciera realmente eficaces.

En tiempos de crisis, los gestores tienen en la Geriatría una oportunidad para mejorar la eficacia y eficiencia de la atención hospitalaria a las personas de edad avanzada, con una mejor utilización de los recursos sanitarios y un menor coste hospitalario. La Comunidad de Madrid debería de ser pionera en España en la atención geriátrica, al igual que lo es en otras disciplinas (atención oncológica, paliativa, cardiológica, neurológica,…).

En todo este contexto en el presente capítulo se desarrollan las diferentes líneas de futuro en donde la Geriatría puede aportar sus conocimientos y estructuras asistenciales específicas.

En primer lugar se explican las líneas estratégicas “transversales” o que afectan a todos los niveles asistenciales y luego las concretas para cada uno de éstos. Hemos tratado de explicar brevemente las líneas y exponer acciones concretas a realizar, priorizándolas según nuestro criterio en: A (debería estar ya implementada), B (a desarrollar en el presente cercano) y C (a desarrollar dentro del los cinco años del Plan Estratégico). En cada acción también exponemos la página del plan donde aparece más desarrollada y con el respaldo científico disponible. El capítulo termina con unas recomendaciones específicas para desarrollar las líneas explicadas anteriormente.

2.- LINEAS ESTRATEGICAS GENERALES O TRASVERSALES

2.1. Extender el Concepto del Paciente Geriátrico, Vulnerable o Frágil ya que es aquel que más se beneficia de la Valoración Geriátrica

2.1.1. Plan de detección y manejo del anciano frágil. Este plan constará de dos grandes apartados:

a) "Screening en atención primaria de criterios de fragilidad en todos los ancianos mayores de 75 años que viven en la Comunidad de Madrid y derivación a un Servicio de Geriatría de aquellos que tengan criterios para precisar una valoración geriátrica integral seguida de las correspondientes recomendaciones especificas dirigidas a la prevención de la discapacidad

b) Detección en el medio hospitalario de los pacientes mayores de 75 años que no han sido incluidos en el plan de fragilidad anteriormente descrito o en los que se ha producido cambios recientes en su situación funcional, para ser valorados durante el ingreso o remitidos tras el alta al Servicio de Geriatría de referencia para su correspondiente valoración.

La implantación del plan de detección de fragilidad va a requerir una formación en valoración geriátrica por parte especialmente de la medicina familiar y comunitaria así como los servicios de urgencia

ACCION CONCRETA	Pag	Pr
Promover la detección precoz del anciano frágil con mayor riesgo de deterioro funcional a través de la Valoración Geriátrica Integral y el trabajo en equipo multidisciplinar	66	A

2.1.2 Plan de detección y manejo del anciano pluripatológico complejo y con discapacidad asociada

ACCION CONCRETA	Pag	Pr
Priorizar la atención (mediante la Valoración Geriátrica Integral) en las personas mayores de 85 años; o aquellas entre 75 y 85 años con complejidad médica, deterioro de la autonomía/movilidad o patología mental compleja y problemática sociofamiliar	67	A

Promover la utilización de la Valoración Geriátrica Integral y Multidisciplinar (Médica, Física, Mental Y Social)

En la valoración de los ancianos. La Comunidad de Madrid promoverá el uso uniforme de escalas de valoración validadas y se asegurarán también unos mínimos estandarizados en la valoración de los síndromes geriátricos. De este modo se asegura la equidad en la atención al paciente anciano en la Comunidad de Madrid y se sientan las bases para un análisis posterior de la situación funcional, mental y social de la población anciana de la Comunidad de Madrid lo que permitirá realizar estudios poblacionales, de intervención y mejorar la asistencia. Para la consolidación de estos objetivos será necesario contar con las nuevas Tecnología de la Información y Comunicación (TIC)

Historia clínica electrónica

La historia clínica única geriátrica estará informatizada y accesible a Atención Primaria y Atención Especializada. Será garantía de una atención de calidad y excelencia unificando y universalizando el principal instrumento diagnóstico, de valor pronóstico y de intervención de la geriatría: la Valoración Geriátrica Integral.

ACCION CONCRETA	Pag	Pr
Implantar una historia clínica electrónica adaptada al paciente anciano, común para toda la Comunidad de Madrid y compartida por Atención Primaria y Especializada.	96,131,211	B

2.2.2. Modificación del CMBD. Los datos procedentes del CMBD son difícilmente interpretables para comparar poblaciones y ajustar riesgos en mayores de 75 años ya que en este sector de población, la situación funcional es el principal determinante y factor pronóstico de resultados de salud.

ACCION CONCRETA	Pag	Pr
Adaptar el CMBD con alguna escala de situación física y mental y desglosar los procesos asistenciales por unidades.	46,67,210	B

2.3. Ampliar el Área Única a la Especialidad de Geriatría para asegurar la equidad y la reducción de las desigualdades

La creación del Área Única es una oportunidad para adaptarnos a los cambios que se han producido en el escenario sanitario de los cuales, uno de los de mayor trascendencia es el evidente crecimiento de la población anciana y sus necesidades sanitarias específicas. La diferencia, con respecto a otras especialidades, en el acceso a la especialidad de geriatría de las personas mayores de la Comunidad de Madrid, especialmente de los más vulnerables, es contraria al conocimiento científico y puede constituir un acto de discriminación con implicaciones éticas e incluso legales.

ACCION CONCRETA	Pag	Pr
Ampliar el Área Única a la especialidad de Geriatría	125,219	A

2.4. Garantizar la Coordinación y la Continuidad de los cuidados de los Ancianos a lo largo de todos los Niveles Asistenciales

Su objetivo es minimizar el riesgo de deterioro funcional que dichas transiciones pueden ocasionar y reducir el gasto generado por prolongaciones innecesarias de estancias, duplicidad de pruebas, etc. En esta coordinación bidireccional con los hospitales de apoyo y con atención primaria es imprescindible el concurso de la enfermería geriátrica en la continuidad de cuidados e implementación de objetivos establecidos por el equipo geriátrico.

ACCION CONCRETA	Pag	Pr
Favorecer el desarrollo de enfermeras geriátricas como enfermeras de enlace que faciliten la transición entre niveles asistenciales	63-64	B
Implantar la figura del Especialista o Equipo Consultor en Geriatría para los Centros de Salud o Equipos de Atención Primaria.	87-90	B
Diseñar unos circuitos de comunicación entre los hospitales de apoyo y el equipo consultor de Geriatría del hospital de agudos que actuará como interlocutor para la derivación de aquellos pacientes que así lo necesiten.	112,155,209	A
Implantar la figura del Geriatra Consultor o Equipo Consultor de Geriatría para los centros residenciales.	95-97	B

2.5. Desarrollar un Programa de Prevención de la Iatrogenia Farmacológica

En el anciano, y reducción del coste farmacológico mediante la mejora de Adecuación de la Prescripción implantando el programa STOPP/START. La prescripción inapropiada (PI) de fármacos en la población geriátrica es una cuestión de salud pública, relacionada con la morbilidad, la mortalidad y el uso de recursos sanitarios. Los criterios STOPP/START intentan educar al prescriptor en la optimización de la terapéutica en los pacientes mayores, especialmente en los más frágiles. Cualquier herramienta de cribado que consiga al menos una modesta reducción (10–20%) de la PI de medicamentos será coste-efectiva.

ACCION CONCRETA	Pag	Pr
Implantación del programa STOPP/START	220	B

2.6. Potenciar el desarrollo y el uso de las TIC

Para procurar mantener al paciente en domicilio el mayor tiempo posible facilitando la coordinación con Atención Primaria, Centros de Apoyo y residencias. La utilidad de las TIC como componente esencial para la reforma en la asistencia a pacientes crónicos y pluripatológicos no se debe limitar a facilitar la comunicación de la información, sino a reestructurarla a través de las siguientes funciones: provisión de soporte a la decisión clínica, recopilación y uso compartido de la información clínica, reducción de los errores, enriquecimiento de las interacciones médicos-pacientes y capacitación de pacientes y consumidores

2.7. Docencia e Investigación

La Geriatría debe desempeñar un papel protagonista en extender el conocimiento de las ventajas de un manejo apropiado de los problemas de salud en los mayores. Esta docencia debe incluir tanto la formación específica de los médicos en el pregrado y postgrado, como a médicos de otras especialidades, enfermeras, pacientes y familiares.

2.7.1. Docencia pregrado. Desde distintos foros científicos (European Geriatric Medical Society, Institute of Medicine, American Geriatric Society) han llamado la atención sobre la necesidad de formación en geriatría en las facultades de ciencias de la salud, y esto incluye no solo medicina sino también enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional, trabajo social entre otras. En este sentido se debería fijar un plan a cinco años con las universidades publicas para la implantación de un programa docente pregrado.

ACCION CONCRETA	Pag	Pr
Introducción de la Geriatría como asignatura independiente el 2º ciclo de Medicina con un mínimo de 3 créditos	63-65	A

2.7.2. Formación Sanitaria Especializada y Formación Continuada. Proponemos que a través de la Agencia Lain Entralgo se desarrolle un “plan de formación” especialmente dirigido a médicos de atención primaria y médicos de residencia y contando, lógicamente, con su participación docente. El papel de la enfermera especializada en Geriatría tiene base científica y asistencial, debemos potenciar el desarrollo de unidades docente multiprofesionales en aquellos Servicios con acreditación docente.

ACCION CONCRETA	Pag	Pr
Promover el desarrollo de los profesionales que prestan atención geriátrica especializada en la docencia universitaria de grado, formación sanitaria especializada y formación continuada	63-65	A

ACCION CONCRETA	Pag	Pr
Favorecer la dotación técnica y humana de las Unidades Docentes de Geriatría para reconvertirlas en Unidades Multidisciplinares	63-65	B

2.7.3. Investigación. La complejidad y heterogeneidad del proceso de envejecimiento junto con sus diferentes vertientes biológicas, clínicas y epidemiológicas hace necesario que la multidisciplinariedad se lleve a este terreno. Para ello es prioritario el desarrollo de programas cooperativos que abarquen diferentes aspectos relacionados con el objetivo de los sistemas sanitarios respecto a la población anciana (la prevención y el tratamiento de la dependencia funcional), y centrado en su principal marcador y factor de riesgo: la fragilidad

ACCION CONCRETA	Pag	Pr
Favorecer el desarrollo de programas cooperativos centrados en la Fragilidad	66	B

2.7.4. Creación del Instituto de Envejecimiento de la Comunidad de Madrid. Siguiendo la experiencia favorable de otros países, la misión de dicho organismo sería potenciar en la Comunidad de Madrid y con ello en el resto de España, la investigación científica, la docencia y la asistencia para ayudar a mejorar la calidad de vida de las personas mayores, adaptando la sociedad al reto del envejecimiento. Dentro del Instituto se crearía el Observatorio de Geriatría con el fin de evaluar entre otros el desarrollo de este plan estratégico.

2.8. Monitorizar implementación de las recomendaciones y acciones concretas

Dada la magnitud de los cambios futuros, es imprescindible especificar objetivos participativos claros, realistas y relevantes, de manera que los progresos realizados puedan ser medidos y evaluados de manera continua.

2.8.1. Consolidar el Comité Asesor como foro de participación social. Se impulsará la continuidad y la mejora del Comité Asesor para que mantenga y mejore sus funciones.

2.8.2. Consolidar el Comité Técnico como gestor del plan estratégico. Se impulsará la continuidad y la mejora del Comité Técnico para que mantenga y mejore sus funciones.

3.- LINEAS ESTRATEGICAS CONCRETAS EN LOS DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES

3.1. Atencion Primaria

El 95% de las personas de 75 y más años de la Comunidad de Madrid viven en su domicilio y el 80% de sus problemas de salud, con frecuencia en relación con procesos crónicos subyacente, son resueltos por Atención Primaria de Salud a demanda. Sin embargo el principal problema de salud es la aparición de patologías y problemas geriátricos con frecuencia infradiagnosticados que pueden conllevar la aparición de discapacidad potencialmente evitable o recuperable.

ACCION CONCRETA	Pag	Pr
Diseñar un mapa de todos los recursos específicos de Geriatría de la Comunidad de Madrid.	87	A
Implantar la figura del Especialista o Equipo Consultor en Geriatría para los Centros de Salud o Equipos de Atención Primaria.	87-89	B
Desarrollar programas y protocolos de atención al anciano frágil con gran carga de enfermedad crónica o dependencia.	88	B
Diseñar circuitos de atención rápida (consultas de alta resolución) para la valoración integral, realización de pruebas diagnósticas y toma de decisiones.	89	B

3.2. Hospitales de Agudos

Uno de cada 4 pacientes que ingresan en un hospital tiene 75 o más años y de estos, dos terceras partes lo hacen como consecuencia de un proceso médico agudo. De los pacientes de 80 y más años ingresados por patología médica en Madrid, menos de un 10% lo hacen en una Unidad Geriátrica de Agudos cuando la evidencia científica muestra los beneficios en términos de eficacia (reducción del riesgo de deterioro funcional e institucionalización) y eficiencia (reducción en un 10% de la estancia y costes hospitalarios) de estas unidades con estos pacientes.

3.2.1. Asegurar una dotación mínima de atención geriátrica especializada

ACCION CONCRETA	Pag	Pr
Dotar a los hospitales de la Comunidad de Madrid de al menos tres geriatras cuya labor se dedique a la atención de los pacientes hospitalizados	67	A
Dotar a los hospitales de la Comunidad de Madrid de una Unidad Geriátrica de Agudos con un tamaño adecuado a la población que atienda y un mínimo de diez camas.	67	A

3.2.2. Atención al anciano en los servicios de urgencias. Más del 90% de los ingresos hospitalarios en la Comunidad de Madrid se realizan a través de urgencias. Además, es conocido que el paciente mayor acude a urgencias de forma más justificada y por motivos más graves que la población más joven, requiriendo con mayor frecuencia ingreso hospitalario.Además presentan deterioro funcional y cognitivo agudo que con frecuencia pasa desapercibido o es mal diagnosticado

Por todo ello, es necesario mejorar la asistencia del paciente anciano en urgencias implantando la valoración geriátrica integral como un instrumento imprescindible. Se deben desarrollar protocolos de actuación específica dirigidos a tres entidades de especial valor: síndrome confusional, deterioro cognitivo y pérdida reciente de funcionalidad. La atención a este tipo de pacientes debe involucrar no solo aspectos técnicos sino también estructurales y de formación

ACCION CONCRETA	Pag	Pr
Diseñar un plan de mejora de la atención a los usuarios mayores por parte de los Servicios de Urgencia de todos los hospitales con la cooperación de los geriatras del centro.	130	A
Establecer un cuestionario estandarizado de identificación de los pacientes de alto riesgo en el servicio de Urgencias.	130	B
Diseñar un circuito para la evaluación de los pacientes de alto riesgo.	131	B
Realizar un estudio piloto de al menos dos programas de mejora de la continuidad de cuidados de los pacientes que proceden de las residencias.	131	B
Elaborar un modelo único de documento de derivación desde las residencias.	131	B
Establecer un contenido mínimo de información a incluir en los informes de alta de pacientes mayores desde los Servicios de Urgencias.	131	B
Realizar programas formativos sobre valoración geriátrica integral y Farmacogeriatría a los profesionales de los servicios de Urgencias.	131	B
Crear un equipo consultor de Geriatría en Urgencias como modelo de colaboración recomendable con el servicio de Urgencias.	131	B
Promover el desarrollo de protocolos de actuación en Urgencias ante enfermedades de alta prevalencia e impacto.	131	C
Acordar unos estándares de calidad relevantes para la práctica asistencial de los servicios de Urgencias.	132	B

3.2.3. Atención al anciano ingresado en los servicios médicos. El 90% de los mayores de 80 años ingresados en un hospital no tiene accesos a atención geriátrica especializada, con la ineficiencia que este déficit pueda conllevar. Mientras se encuentran formulas para planificar a medio plazo la adecuación de los recursos hospitalarios a las necesidades de los pacientes que ingresan, proponemos algunas medidas para contribuir a mejorar la Calidad Asistencial Hospitalaria a pacientes geriátricos

ACCION CONCRETA	Pag	Pr
Establecer unos criterios de ingreso comunes en camas de agudos de Geriatría.	111	A
Decidir la ubicación del paciente de forma precoz en el curso de la enfermedad.	112	A
Formalizar la relación entre Geriatría y Medicina Interna en todos los hospitales que dispongan de ambos servicios.	112	B
Constituir un foro interhospitalario para definir la imbricación, papel y funciones de los geriatras en los Departamentos de Medicina en los hospitales secundarios.	112	B
Utilizar a los equipos de interconsultas como vehículo de cooperación entre el Servicio de Geriatría y los demás servicios médicos para los pacientes hospitalizados.	112	B
Utilizar a los equipos de interconsultas para decidir la indicación de ingreso en los hospitales de apoyo.	112	A
Promover medidas formativas y de modificación de los protocolos asistenciales para la mejora de la atención al mayor en los servicios médicos.	112	B
Poner en marcha en todos los hospitales consultas externas de Geriatría, de forma progresiva. y en función de las capacidades y necesidades de la población atendida.	112	A
Establecer criterios de derivación a las consultas externas de Geriatría	112	A
Promover la creación de consultas interdisciplinarias con otros servicios médicos.	112	C
Acordar unos estándares de calidad relevantes para medir los resultados asistenciales.	112	B

3.2.4. Atención a los ancianos ingresados en los servicios quirúrgicos. La tercera parte de los pacientes de 75 y más años ingresados en un Hospital de la Comunidad de Madrid lo hacen por patología quirúrgica, el 40% a través de urgencias. Esta distribución se invierte con la edad, siendo el los pacientes de 90 y más años (7,5% del total de cirugías) un 79% por patología quirúrgica urgente y gran parte de ellos son pacientes ancianos frágiles o vulnerable con elevado riesgo de morbi-morbilidad y deterioro funcional que requieren seguimiento perioperatorio cercano.

ACCION CONCRETA	Pag	Pr
Consolidar la aportación de la Geriatría como modelo de colaboración hospitalaria imprescindible en el ámbito quirúrgico en los ancianos que presentan un riesgo de complicaciones y de consumo elevado de recursos.	154	A
Sistematizar la colaboración desde el preoperatorio hasta la recuperación tras el alta y difundir los beneficios demostrados.	154	B
Dotar de un equipo consultor de Geriatría para la valoración y seguimiento de problemas geriátricos específicos a todos los hospitales que realicen cirugías ortopédicas, cirugía abdominal y cirugía vascular o urológica agresiva en ancianos.	155	A
Establecer un protocolo mínimo de valoración para la detección de ancianos con riesgo de complicaciones específicamente geriátricas o riesgo de desarrollar dependencia tras la intervención.	155	B
Protocolizar modificaciones al tratamiento habitual de muchos procesos quirúrgicos que puedan prevenir complicaciones intrahospitalarias.	153	B
Sistematizar la evaluación por parte de los Servicios de Geriatría y Rehabilitación de todos aquellos ancianos que han desarrollado una situación de dependencia.	154	B
Diseñar un registro mínimo de datos de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes realizados en ancianos.	155	C
Incluir una evaluación geriátrica integral en la evaluación habitual de Cirugía y Anestesia para todos los pacientes ancianos complejos y con síndromes geriátricos o fragilidad asociados.	154	B
Crear consultas mixtas de evaluación.	154	C
Utilizar escalas de riesgo que incluyan más parámetros geriátricos.	155	B

3.2.5. Atención al anciano ingresado con fractura de cadera. El los hospitales de la Comunidad de Madrid el 20% de los ingresos por patología quirúrgica en mayores de 75 años lo son como consecuencia de una fractura de cadera, porcentaje que aumenta al 47% en pacientes de 90 y más años. Dado el elevado riesgo deterioro funcional y la morbimortalidad de estos pacientes, son considerados ancianos frágiles por definición. En ellos, la intervención geriátrica especializada en coordinación o integrada con la atención ortopédica ha mostrado beneficios en la reducción de la incidencia deterioro funcional y complicaciones postquirúrgicas, todo ello con una reducción de la estancia hospitalaria y el coste por proceso de un 30%.

ACCION CONCRETA	Pag	Pr
Dotar a los hospitales de la Comunidad de Madrid de un modelo asistencial de intervención geriátrica durante la fase aguda de la fractura de cadera.	67	A
Crear un modelo asistencial de intervención geriátrica en todos los hospitales que realizan intervenciones de fractura de cadera durante la fase aguda (equipo interconsultor /unidad de Ortogeriatría).	155	A
Diseñar e implantar protocolos de derivación de pacientes tras una fractura de cadera a los hospitales de apoyo.	155	A
Asegurar un número suficiente de camas de subagudos y de media-larga estancia que permita el ingreso para la recuperación funcional.	67,155	A
Confeccionar un registro de pacientes con fractura de cadera en la Comunidad de Madrid.	155	C

3.2.6. Atención al anciano con accidente cerebrovascular. La mitad de los accidentes cerebrovasculares ocurren en mayores de 75 años. En estos, e independientemente de la edad y severidad neurológica, la atención en unidades de ictus multidisciplinares que fomenten la valoración geriátrica y la rehabilitación precoz desde la fase aguda hasta la subaguda obtiene beneficios en la reducción de incidencia del deterioro funcional, institucionalización y mortalidad a largo plazo. Desde la experiencia de que las primeras unidades de ictus fueron puestas en marchas dentro de servicios de Geriatría en el Reino Unido planteamos las siguientes acciones concretas, especialmente en los pacientes de más de 80 años que sufren un ictus:

ACCION CONCRETA	Pag	Pr
Asegurar evaluación por parte de rehabilitadores y expertos en valoración geriátrica para asegurar el acceso al tratamiento rehabilitador más apropiado, reducir al máximo la discapacidad y favorecer el retorno al domicilio.	160	B
Protocolizar la atención en todas las fases de evolución ictus con la participación de los servicios de Urgencias, Neurología y Rehabilitación.	161	B

3.3. Hospitales de Apoyo de Media y Larga Estancia

La revalorización de los Hospitales de Media y Larga Estancia de la Comunidad de Madrid ha venido de la mano de su reconversión en unidades especializadas para la dispensación de asistencia geriátrica especializada para pacientes con deterioro funcional y necesidad de rehabilitación multidisciplinar, cuidados paliativos, manejo de trastornos conductuales y otros trastornos no cognitivos en pacientes con demencia o necesidad de cuidados continuados de enfermería. Consolidar y fomentar el elevado nivel de Calidad Asistencial alcanzado por estos centros requiere de distintas acciones.

ACCION CONCRETA	Pag	Pr
Garantizar el acceso y agilizar el proceso de admisión a todos los pacientes necesiten sus cuidados.	209	A
Establecer unos criterios de inclusión y exclusión comunes para cada una de las unidades asistenciales de todos los hospitales de apoyo.	209	A
Diseñar unos circuitos de comunicación entre los hospitales de apoyo y el equipo consultor de Geriatría del hospital de agudos que actuará como interlocutor para la derivación de aquellos pacientes que así lo necesiten.	212	A
Promover una redistribución geográfica de los hospitales de apoyo basada en criterios demográficos y en la dotación existente de niveles asistenciales geriátricos en la zona.	208	C
Desarrollar las diferentes modalidades diagnósticas de la telemedicina.	213	B
Mejorar el acceso a pruebas diagnósticas que deben realizarse en el hospital de agudos.	211	B
Participar en el seguimiento coordinado y conjunto de los pacientes de mayor complejidad con los profesionales de Atención Primaria.	213	C
Establecer protocolos de ingreso directo con los profesionales de Atención Primaria y los Equipos de Soporte y Atención Domiciliaria.	213	C
Apoyar a los profesionales sanitarios de residencias en el tratamiento de pacientes complejos y en la elaboración de protocolos de tratamiento de las patologías más prevalentes.	213	C
Crear unidades de atención comunitaria ubicadas en el hospital de apoyo dependiendo de la demanda.	213	C

3.4. Desarrollar la Atención Geriátrica Paliativa de los Pacientes Ancianos con enfermedad no Oncológica Avanzada en Fase Terminal

Dentro del marco del Plan Estratégico de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid. La Geriatría por su experiencia clínica, por sus conocimientos teóricos y sus herramientas de trabajo, es una especialidad que tiene, puede y debe aportar su gran bagaje practico, docente e investigador en la mejora de la atención a ese tipo de pacientes, con baja calidad de vida, alto consumo de recursos y especialmente fácil yatrogenia asistencial. La compleja toma de decisiones necesita en muchos casos de la participación y cooperación de la Geriatría.

ACCION CONCRETA	Pag	Pr
Introducir de forma sistematizada la Valoración Geriátrica Integral en el proceso de toma de decisiones en el paciente anciano con enfermedad avanzada de órgano	66	A
Incluir especialistas en geriatría en los equipos de cuidados paliativos de la Comunidad de Madrid	231	B

4.1. Medio Residencial

Un 5% de la población mayor de 75 años de la Comunidad de Madrid vive en una residencia, de las cuales la mitad son de titularidad privada y de la otra mitad una cuarta parte públicas y tres cuartas partes concertadas. Estos pacientes están habitualmente adscritos a un cupo de Atención Primaria, independientemente de que tengan cobertura médica o no propia en la residencia. Por último, alrededor de un 25% de las personas mayores que viven en una residencia pública requieren atención hospitalaria a lo largo de un año, porcentaje que aumenta al 40% entre los que viven en residencias privadas. Todo ello hace que la coordinación del Servicio de Geriatría Hospitalario con los servicios sanitarios implicados en la atención de Centros Residenciales debe abarcar los siguientes apartados:

- Poner en marcha un flujo de comunicación bidireccional entre los dos niveles asistenciales, esto supone asignar a cada residencia un servicio de referencia. En este apartado la utilización de TIC puede suponer un gran avance
- Desarrollo de protocolos de actuación clínicos, así como derivación de pacientes, altas tempranas, supervisión en las transferencias, etc
- Participación de los diferentes profesionales de las residencias en las actividades docentes (sesiones clínicas, bibliográficas, de protocolos) e investigadoras

La implantación de este plan redundará sin duda en la mejora de la calidad de la atención a los usuarios mayores de los centros, un acceso más eficiente a pruebas diagnósticas hospitalarias, menor coste farmacológico y especialmente en la continuidad de cuidados entre el centro residencial y el medio hospitalario, elementos todos ellos que redundarán sin duda en una disminución de las asistencias a urgencias y las hospitalizaciones, y en una mayor facilidad del alta precoz hospitalaria.

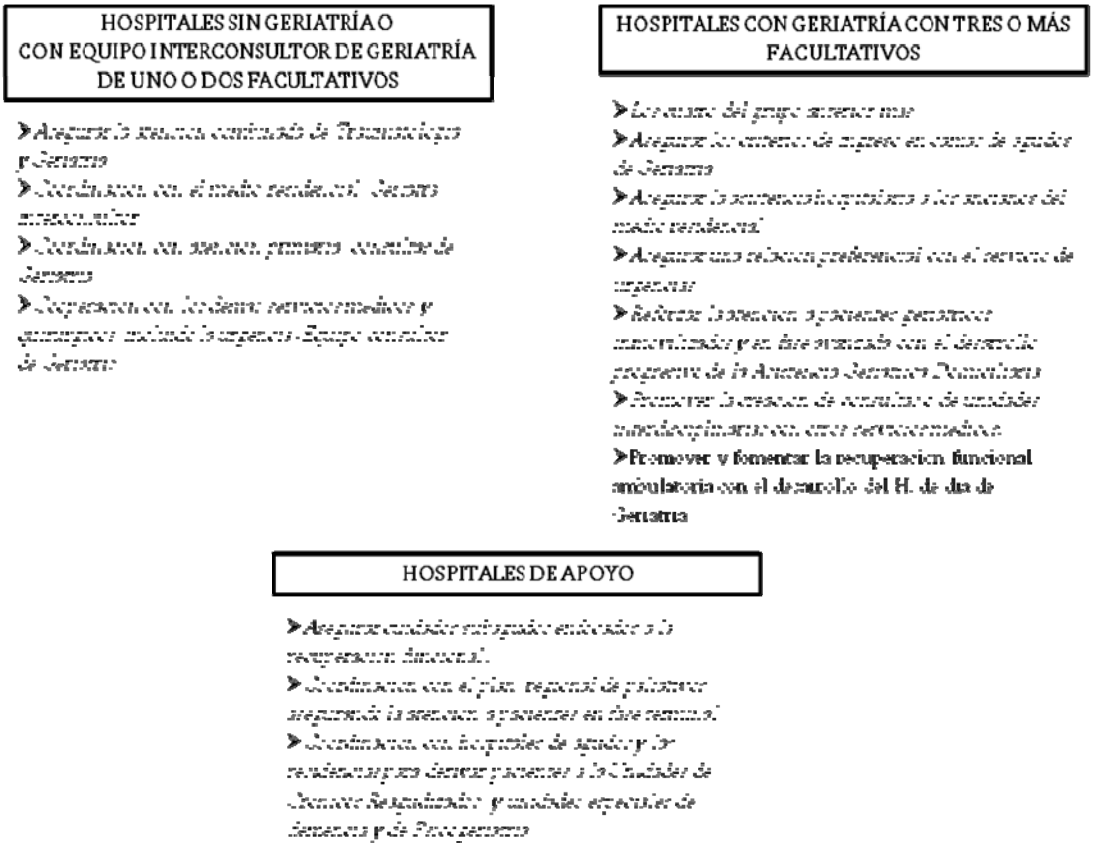
ACCION CONCRETA	Pag	Pr
Establecer una relación prioritaria entre los servicios de Geriatría y las residencias para mejorar la adecuación de la hospitalización y la atención durante el ingreso.	67,95	A
Identificar los centros residenciales existentes en cada área geográfica y su dotación y asegurar la existencia de circuitos de coordinación y derivación con el hospital de referencia.	95	B
Categorizar a los centros residenciales según la cartera de servicios ofertada y vincular el grado de coordinación a la categoría.	95	C
Implantar la figura del Geriatra Consultor o Equipo Consultor de Geriatría para los centros residenciales.	95-97	B
Elaborar conjuntamente protocolos para el manejo de patologías muy prevalentes.	96	B

4.- RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS DE FUTURO

“En un futuro muy próximo, los pacientes mayores que ingresen en hospitales de la Comunidad de Madrid deberían tener acceso a una asistencia geriátrica especializada, que les ofrezca asistencia multidisciplinar coordinada e integral, adaptada a las necesidades de cada individuo, sus familias y sus cuidadores. En caso de enfermedad, los mayores madrileños frágiles y complejos deberían tener acceso a tratamientos ofrecidos por geriatras y sus equipos.”

Para llegar a esta realidad se recomiendan de forma específica, en un periodo progresivo de 5 años (figura 1):

Figura 1: Resumen de las principales recomendaciones futuras (a cinco años) del Plan estratégico de Geriatría de la Comunidad de Madrid:



Las recomendaciones han sido clasificadas en función de la situación actual de los diferentes hospitales

4.1. Hospitales sin Geriatría o con Equipo Interconsultor de Geriatría de uno o dos Facultativos

Asegurar la atención combinada de Traumatología y Geriatría a todo anciano que se somete a cirugía de fractura de cadera, a través de unidades de ortogeriatría

Coordinación con el medio residencial, con un geriatra consultor y apoyo del resto de unidades hospitalarias para mejorar la asistencia en el medio residencial y reducir costes tanto farmacológicos, como diagnósticos, evitando ingresos hospitalarios y en caso de que estos sean necesarios, para que el ingreso sea lo más corto posible coordinándose a la vez con la urgencia hospitalaria.

Coordinación con atención primaria con el desarrollo de consultas externas hospitalarias de geriatría, disponiendo el médico de atención primaria de la valoración de un paciente anciano por Geriatría de igual manera que por cualquier otra especialidad cuando lo considere necesario.

Cooperación con los demás servicios médicos y quirúrgicos, incluido la urgencia, de los pacientes hospitalizados. A través del servicio de Geriatria, y mediante la valoración geriátrica integral se realizaran las derivaciones a otros niveles asistenciales incluidos los hospitales de apoyo

Para ello se recomienda *dotar a todos los hospitales de la red pública de al menos 3 especialistas de geriatría agrupados como sección de Geriatría*, independientemente que puedan haber otros trabajando en otros departamentos como urgencias. Esta sección de Geriatría trabajará sobre los pacientes de acuerdo a las necesidades específicas de cada Hospital.

Esta recomendación se extiende especialmente a los hospitales actualmente sin Geriatría (Doce de Octubre, La Princesa, Puerta de Hierro Majadahonda, Príncipe de Asturias, Hospital del Tajo), así como a hospitales con un solo geriatra (Fuenlabrada, Parla) o dos geriatras (Arganda, Vallecas).

4.2. Hospitales con Geriatría con tres o más Facultativos

Además de dar cobertura a los cuatro procesos expuestos en el punto anterior, las diferentes Unidades y Servicios de Geriatría de acuerdo a los medios disponibles y características de cada hospital, podrán:

Asegurar los criterios de ingreso en camas de agudos de Geriatría, formalizando la relación entre las unidades de Geriatría y de Medicina Interna con el objetivo de prestar una atención de máxima calidad y eficiencia mediante la optimización de los recursos existentes.

Asegurar la asistencia hospitalaria a los ancianos del medio residencial como parte de la coordinación con los centros residenciales expuesta anteriormente. El ingreso en camas de Geriatría será seguido de un alta precoz, con el coste farmacológico, especialmente antibióticos hospitalarios, imputados al hospital y controlados por el geriatra consultor y en centros residenciales con los adecuados medios de personal y estructura.

Asegurar una relación preferencial con el servicio de urgencias, que permita mejorar la atención de determinados pacientes mayores, preferentemente a través de equipos consultores de Geriatría en los servicios de urgencias pero integrados en las Unidades o Servicios de Geriatría.

Promover la creación de consultas o de unidades interdisciplinarias con otros servicios médicos en función de la disponibilidad y la especificidad de cada

hospital, como son colaboración de los recursos de Geriatría con las unidades de insuficiencia cardiaca, ictus, oncología, psiquiatría, etc.

Reforzar la coordinación con atención primaria con el desarrollo progresivo de la Asistencia Geriátrica Domiciliaria, especialmente en pacientes inmovilizados con enfermedad avanzada de órgano, pacientes complejos y cuyo acceso al hospital generalmente es a través de la urgencia, lo que resulta costoso y poco eficiente. El manejo domiciliario de estos pacientes disminuye el coste, evita ingresos y facilita el mantenimiento del paciente en su domicilio. Dichos equipos se coordinarán evitando duplicidades con los ESAD.

Reforzar la recuperación funcional tras el alta hospitalario o desde la Atención Primaria mediante el desarrollo de hospitales de día de Geriatría con el objetivo de recibir tratamiento y rehabilitación activa, con tratamiento precoz que prevenga reingresos hospitalarios. En muchos casos estos Hospitales de Día podrán ubicarse en los hospitales de apoyo.

Para poder llevar a cabo estas recomendaciones se recomienda dotar a los diferentes hospitales que ya poseen de dispositivos geriátricos, de los recursos y estructuras suficientes para poder orientarse y desarrollarse en los procesos expuestos anteriormente.

4.3. Hospitales de Apoyo

El entorno de libre elección debería facilitar la elección del hospital de apoyo, con una redistribución geográfica de los hospitales de apoyo basada en criterios demográficos y en la dotación ya existente de niveles asistenciales geriátricos de cada área en aras de una mayor proximidad del hospital de apoyo respecto al domicilio de los pacientes y los familiares.

De igual modo debe agilizarse el proceso de admisión de dichos hospitales comunicando la aceptación o no aceptación en 24 horas, definiendo claramente los criterios de inclusión y exclusión, siendo el equipo consultor de Geriatría (geriatra-enfermera geriátrica) de los hospitales de referencia quien canalizará las derivaciones a los hospitales de apoyo, o el ESAD o la Asistencia Geriátrica Domiciliaria desde la atención primaria.

De acuerdo a sus características deberán:

Asegurar cuidados subagudos enfocados primordialmente a la recuperación funcional principalmente de pacientes con ictus, fractura de cadera o inmovilismo multifactorial, derivados de hospitales de agudos. Por ello en todos los hospitales de apoyo deberán de existir unidades de media estancia, convalecencia o recuperación funcional en donde la Geriatría asuma el liderazgo de las mismas dada la eficacia y eficiencia ya contrastada, y siempre

en coordinación con el resto de profesionales (rehabilitación y medicina interna especialmente).

Coordinación con el plan de cuidados paliativos, asegurando la atención a pacientes en fase terminal tanto de pacientes paliativos oncológicos como de enfermedades avanzadas en fase terminal en unidades de cuidados paliativos. La Geriatría con formación específica en paliativos podrá formar parte de dichas unidades.

Coordinación con hospitales de agudos y con residencias para derivar pacientes a la Unidades de Crónicos Reagudizados, desde la urgencia hospitalaria así como desde las residencias según programas previamente establecidos.

Coordinación con hospitales, atención primaria (a través de los equipos de Asistencia Geriátrica Domiciliaria), residencias y salud mental para derivar pacientes a *unidades especializadas de demencia Geriatría o Psicogeriatría* que poco a poco deberían desarrollarse en todos los hospitales de apoyo (ahora solo en el Hospital Virgen de la Poveda), para ofrecer cobertura a pacientes con demencia y graves trastornos de conducta o pacientes con graves patologías psiquiátricas.

Para poder llevar a cabo estas recomendaciones se debería dotar a los diferentes hospitales de apoyo de los recursos y estructuras suficientes para poder orientarse y desarrollarse en los procesos expuestos anteriormente.

BIBLIOGRAFIA

- Abizanda P, Gómez-Pavón J, Martín Lesende I, et al. Detección y prevención de la fragilidad: una nueva perspectiva de prevención de la dependencia en las personas mayores. Med Clin (Barc) 2010; 135: 713-719.
- Abizanda Soler P, Oliver Carbonell JL, Luengo Márquez C, et al. Resultados y beneficios de la creación de un equipo de valoración y cuidados geriátricos en el Hospital General de Albacete: análisis del primer año de funcionamiento. Rev Esp Geriatr Gerontol 1998; 33: 195-201
- Adams JG, Gerson LW. A New Model for Emergency Care of Geriatric Patients. Acad Emerg Med 2003; 10:271-274
- Adams WL. McIlvain HE, Lacy NL et al. Primary care for elderly people: Why do doctors find it so hard? Gerontologist 2002; 42: 835-842.
- AHA Medical/Scientific Statement. The American Heart Association Stroke Outcome Classification. Stroke 1998; 29: 1274-1280. Disponible en: http://stroke. ahajournals.org/cgi/content/full/29/6/1274.
- Alarcón Alarcón T, González Montalvo JI, Bárcena Álvarez A, et al. Interconsulta geriátrica en el servicio de Traumatología. Beneficios asistenciales. Rev Ortop Traumatol 2002; 46: 534-8.
- Alarcón T, González-Montalvo JI. Situación funcional en el paciente anciano hospitalizado: un marcador pronóstico relevante. Med Clin (Barc) 2008; 131:173-4.
- Alastruey Ruíz JG, Galán Cabello CM. et al. Sistema de clasificación de usuarios en centros residenciales para personas mayores. Jano 2008; 1: 34-7.
- Alonso C, Petidier R, Marín PP et al. Efectividad de la revalorización de ingresos de pacientes con mala situación funcional. Rev Esp Geriatr Gerontol 2010; 45:19-21.
- Álvarez Nebreda ML, Marañón Hernández E, Alonso Armesto M, et al. Eficacia de una unidad de ortogeriatría en el tratamiento integral del anciano con fractura de cadera: comparación con un modelo previo. Rev Esp Geriatr Gerontol 2005: 40 (supl 1): 52.
- Aminzadeh F, Daiziel WB. Older adults in the Emergency Department: A Systematic Review of Patterns of Use, Adverse Outcomes, and Effectiveness of Interventions. Ann Emerg Med 2002; 39:238-47
- Applegate WB, Miller ST, Graney MJ, et al. A randomized, controlled trial of a geriatric assessment unit in a community rehabilitation hospital. N Engl J Med 1990; 322: 1572-1578.
- Arendts G, Howard K. The interface betweeen residencial aged care and the emergency department: a systematic review. Age Ageing 2010; 39: 306-312.
- Aronow WS. Enfermedad arterial periférica en el anciano. Clinical Investigations in Aging 2007;2(4):645-654
- Arranz Santamaría LC, Corredera S. Hospitales de apoyo. En: Guillén F, Pérez del Molino J, Petidier R (dirs.). Síndromes y Cuidados en el Paciente Geriátrico. Elsevier-Masson 2007, pag. 133-148

- Atención Sanitaria al Anciano. Coordinadores: Jesús María López Arrieta y Leocadio Rodríguez Mañas. Madrid: Sociedad Española de Medicina Geriátrica 2008.
- Aubert RE, Herman WH, Waters J, et al. Nurse case management to improve glycemic control in diabetic patients in a health maintenance organization. A randomized, controlled trial. Ann Intern Med 1998; 129: 605-612.
- Audit Comission for local authorities and for National Health Service in England and Wales. United they stand. Coordinating care for elderly patients with hip fracture. London: Audit Comission Update; february 2000.
- Auerbach A, Goldman L. Assessing and reducing the cardiac risk on noncardiac surgery. Circulation 2006; 113:1361-76.
- Australian and New Zealand Society for Geriatric Medicine. Position Statement nº 14. The management of older patients in the emergency department 2008.
- Avellana Zaragoza JA, Fernández Portal L. Guía de buena práctica clínica en Geriatría. Anciano afecto de fractura de cadera. Barcelona: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Elsevier Doyma. 2007.
- Ávila R, Vázquez E, Baztán JJ. Unidades de media estancia geriátricas: perspectiva histórica, parámetros de funcionamiento y dilemas actuales. Rev Esp Geriatr Gerontol 2000; 35 (S6): 3-14.
- Ávila Tato R, Vázquez Rodríguez E, Baztán Cortés JJ. Unidades de media estancia geriátricas: perspectiva histórica, parámetros de funcionamiento y dilemas actuales. Rev Esp Geriatr Gerontol 2000; 35(S6): 3-14.
- Ávila-Funes JA, Helmer C, Amieva H, et al. Frailty among community-dwelling elderly people in France: the three-city study. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2008; 63: 1089-96.
- Bachmann S, Finger C, Huss A, et al. Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ 2010: 340: c1718.
- Bachmann S, Finger Ch, Huss A, et al. Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ 2010; 340: c1718doi:10.1136/bmj.c1718
- Baraff LJ, Della Penna R, Williams N et al. Practice Guideline for the ED management of falls in community dwelling elderly persons. Ann Emerg Med 1997; 30:480-9.
- Baraff LJ, Lee TJ, Kader S et al. Effect of a practice Guideline on the Process of ED care of falls in elder patients on subsequent falls and hospitalizations for injuries.. Acad Emerg Med 1999; 6:1216-23
- Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. Patient Educ Couns 2002; 48: 177-187.
- Barneto M, Bajo Peñas L, Espaulella J, et al. Resultados de los parámetros de evaluación asistenciales de una unidad de atención intermedia para pacientes con demencia. Rev Esp Geriatr Gerontol 2010; 45: 196-8.

- Barrick C, Karuza J, Levitt J. Impacting quality: assessment of a hospital-based geriatric acute care unit. Am J Med Quality 1999; 14: 133-7.
- Bases de la atención sanitaria al anciano. Coordinadores: L Rodríguez Mañas y JJ Solano Jaurrieta. Madrid: Sociedad Española de Medicina Geriátrica 2001.
- Bayliss EA, Edwards AE, Steiner JF, et al. Processes of care desired by elderly patients with multimorbidities. Fam Pract 2008; 25: 287-93.
- Baztán Cortés JJ, Socorro García A. ¿Cuáles son los factores pronósticos fundamentales del ictus en el anciano. En: Pérez Martínez D, Berbel gacía A. Cuestiones prácticas en Neurogeriatría. Madrid: SANED 2008; pp 162-170
- Baztán Cortés JJ. Análisis de la organización de servicios de salud para los ancianos: revisión de la evidencia científica. En: Rodríguez Mañas L, Solano Jaurrieta JJ, coordinadores. Basees de la atención sanitaria al anciano. Madrid: Sociedad Española de Medicina Geriátrica 2001. p:57-82.
- Baztán JJ, Esteve A, Jiménez Rojas C, et al. Mortalidad hospitalaria y situación funcional. Med Clin 2011b; 137: 186-7
- Baztán JJ, Gil L, Andrés E, et al. Actividad comunitaria de un Servicio de Geriatría hospitalario: ejemplo práctico de coordinación entre Atención Primaria y Especializada. Aten Primaria 2000; 26: 374-82.
- Baztán JJ, González-Montalvo JI, Solano JJ, et al. Atención sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica. Med Clin (Barc) 2000a; 115: 704-717.
- Baztán JJ, Pérez-Martínez D, Fernández-Alonso M, et al. Factores pronósticos de recuperación functional en pacientes muy ancianos con ictus. Estudio de seguimiento al año. Rev Neurol 2007; 44:577-583.
- Baztán JJ, Suárez F, García FJ. Informe sobre la necesidad de Unidades Geriátricas de Agudos y Unidades Geriátricas de Recuperación Funcional como parte de los recursos hospitalarios especializados para personas mayores. SEMEG, Madrid 2004.
- Baztán JJ, Suárez-García FM, López Arrieta J, et al. Effectivness of acute geriatric units on functional declines, living at home and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. BMJ 2009; 338: b 50
- Baztán JJ, Suárez-García FM, López-Arrieta J et al. Eficiencia de las unidades geriátricas de agudos: metaanálisis de estudios controlados. Rev Esp Geriatr Gerontol 2011; 46: 186–192.
- Baztán JJ; Hornillos M, González-Montalvo JI. Encuesta sobre la estructura y actividad de la Unidades Geriátricas de Media Estancia y Convalecencia en España. Rev Esp Geriatr Gerontol 2000b; 35 (S 6): 61-76
- Beck A, Scott J, Williams P, et al. A randomized trial of group outpatient visits for chronically ill older HMO members: The Cooperative Health Care Clinic. J Am Geriatr Soc 1997; 45: 543-549.
- Beers MH, Storrie M, Lee G. Potential adverse drug interaction in the emergency room: an issue of quality of care. Ann Intern Med 1990; 112:61-64

- Bernabeu Wittel M Ruiz-Cantero A, Murcia-Zaragoza J et al. Precisión de los criterios definitorios de pacientes con enfermedades médicas no neoplásicas en fase terminal. Proyecto PALIAR. Rev Esp Geriatr Gerontol 2010; 45: 203-12.
- Blanco Orenes A, De la Torre Lanza MA, Murillo Gayo C, et al. Estudio comparativo de fracturas de cadera en ancianos entre equipo de ortogeriatría y tratamiento convencional en el complejo hospitalario de Toledo. Rev Esp Geriatr Gerontol 2006; 41 (Supl): 109-10.
- Bodemheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients width chronic illness: The chronic care model, Part 2. JAMA 2002; 288:1909-1914.
- Boix R, Del Barrio JL, Saz P, et al. Stroke prevalence among the spanish elderly: an análisis based on screening surveys. BMC Neurology 2006, 6:1-15.
- Boling PA. Care Transitions and Home Health Care. Clin Geratr Med 2009; 25: 135-148.
- Boockvar KS. Sites of Care for Older Adults. En: Soriano RP (edit.) Fundamentals of Geriatric Medicine. New York, Springer 2007; pags. 56-72
- Boult C, Green AF, Boult LB, et al. Successful models of comprehensive care for older adults with chronic conditions: evidence for the Institute of Medicine's "Retooling for an Aging America" report. J Am Geriatr Soc 2009; 57: 2328-37.
- Boult C, Wieland GD. Comprehensive primary care for older patients with multiple chronic conditions: "Nobody rushes you through". JAMA 2010; 304: 1936-43.
- Boyd CM; Landefeld CS; Counsell SR et al. Recovery of activities of daily living in older adults after hospitalization for acute medical illness. J Am Geriatr Soc 2008; 56: 2171-9.
- Boyd M, Koziol-McLain J, Yates K, et al. Emergency department case-finding for high-risk older adults: the Brief Risk Identification for Geriatric Health Tool (BRIGHT). Acad Emerg Med 2008; 15:598-606
- Brainin M, Olsen TS, Chamorro A, et al. Organization of Stroke Care: Education, referral, emergency management and imaging, Stroke Units and Rehabilitation. Cerebrovasc Dis 2004;17(suppl 2): 1-14
- British Geriatric Society. Provision of services by departments of geriatric medicine, 1988.
- Calkins E, Naughton BJ. Care of older people in the hospital. EN. Calkins E, Boult C, Wagner EH, Pacala JT (edits): New ways to care for older people: building systems based on evidence. Nueva York: Springer Publishing Company 1999; pag. 99-111.
- Cameron I, Crotty M, Currie C, et al. Geriatric rehabilitation following fractures in older people: a systematic review. Health Technol Assess 2000; 4: 1-83.
- Cameron ID, Handoll HHG, Finnegan TP, et al. Co-ordinated multidisciplinary approaches for inpatient rehabilitation of older patients with proximal femoral fractures. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Oct 7;(4):CD000106.

- Campbell AJ, Buchner DM. Unstable disability and the fluctuations of fraity. Age Ageing 1997; 315-8.
- Campion EW. The value of geriatric interventions. N Engl J Med 1995; 332:1376-78.
- Casas A, Romero C, García E, et al. Estudio longitudinal d epacientes ancianos con fractura de cadera. Datos iniciales y al cuarto año de seguimiento. Rev Esp Geriatr Gerontol 2005; 40 (supl1): 17.
- Case Management Society of America. (2009). URL: http://www.cmsa.org
- Cátedra Sanitas y ETSI Telecomunicación (Universidad Politécnica de Madrid). Las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones en el Sistema Español de Salud. Informe Anual 2008.
- Cigolle CT, Langa KM, Kabeto MU, et al. Setting Eligibility Criteria for a Care-Coordination Benefit. J Am Geriatr Soc 2005; 53: 2051–2059.
- Clarfield AM. Screening in frail older people: an ounce of prevention or a pound of trouble? J Am Geriatr Soc 2010; 58: 2016-21.
- Cleveland JC. Frailty, Surgery and cardiac surgery outcomes. The stopwatch tells the story. J Am Coll Cardiol 2010
- Coleman EA, Bernson RA. Lost in transition: challenges and opportunities for improving the quality of transitional care. Ann Intern Med 2004; 140: 533-536.
- Consejería de Sanidad y Consumo (Madrid). Plan Estratégico de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad y Consumo, Madrid 2010.
- Counsell SR, Callahan CM, Buttar AB, et al. Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders (GRACE): a new model of primary care for low-income seniors. J Am Geriatr Soc 2006; 54:1136-41.
- Covinsky KE, Palmer RM, Fortinsky RH et al. Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. J Am Geriatr Soc 2003; 51:451-458
- Cruz Jentoft AJ, Serra Rexach JA, Lázaro del Nogal M, et al. La eficacia de la interconsulta geriátrica en pacientes ancianos ingresados en traumatología. An Med Intern (Madrid) 1994; II: 273-7.
- Cruz-Jentoft AJ, Franco A, Sommer P, et al. European Silver Paper. Documento europeo sobre el futuro de la promoción de la salud y las acciones preventivas, la investigación básica y los aspectos clínicos de las enfermedades relacionadas con el envejecimiento. Rev Esp Geriatr Gerontol 2009; 44:61-5.
- Chin MH, Wang LC, Jin L, Mulliken R et al. Appropriateness of medication selection for older persons in an urban academic emergency department. Acad Emerg Med 1999; 6:1232-42
- Chiovenda P, Vincentelli GM, Alegiani F. Cognitive Impairment in Elderly ED patients: Need for Multidimensional Assessment for Better Management After Discharge. Am J Emerg Med 2002; 20: 332-35
- Chun A, Morrison RS. Palliative care. En : Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, Studenski S, High KP, Asthana S (edits.) Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontolog. Mc Graw Hill Medical, New York (2009), pags. 373-384.

- Davis RB, Iezzoni LI, Phillips RS, et al. Predicting in-hospital mortality. The importance of functional status information. Med Care 1995; 33: 906-921.
- De la Fuente Gutiérrez C. El anciano con riesgo vascular: origen, definición y valoración. En: Rodríguez Artalejo F y Rodríguez Mañas L. El anciano con factores de riesgo cardiovascular. Madrid: Sociedad Española de Medicina Geriátrica 2003. Pag. 9-48.
- DeBusk RF, Millar NH, Superko HR, et al. A case-management system for coronary risk factor modification after acute myocardial infarction. Ann Intern Med 1994; 120: 721-729.
- Defensor del Pueblo. Informes, Estudios y Documentos: La Atención Socio-sanitaria en España: Perspectiva Gerontológica y otros aspectos conexos. Madrid: Defensor del Pueblo 2000.
- Departament de Sanitat. Pla de desplegament de recursos sociosanitaris del Programa Vida als Anys 2000-2005. Divisió d'atenció Sociosanitària del Catsalut. Departament de Sanitat. Generalitat de Catalunya, 2000.
- Department of Health (NHS). The Expert Patient: A new approach to Chronic Disease Management for the 21st Century. URL: http://www.dh.gov.uk/en /Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4006801 (Visitado 15-08-2011).
- Díaz-Gegúndez M, Paluzie G, Sanz-Ballester C, et al. Evaluación de un programa de intervención en residencias geriátricas para reducir la frecuentación hospitalaria. Rev Esp Geriatr Gerontol 2011; 46: 261-264.
- Dickstein L. Educating for professionalism: Creating culture of humanism in medical education. JAMA 2001; 285: 3147-3148.
- Dobkin BH. Rehabilitation alter stroke. N Eng J Med 2005;352: 1677-1684.
- Dobkin BH. Strategies for stroke rehabilitation. Lancet Neurol 2004; 3: 528-536.
- Duaso E, López-Soto AL. Valoración del paciente frágil en urgencias. Emergencias 2009; 21: 362-369.
- Duaso E, Tomás S, Rodríguez Carballeira, M et al. Valoración geriátrica en un servicio general de urgencias hospitalarias. Rev Mult Gerontol 2005; 15:40-49
- Duran Heras, MA. Informe ISEDIC: Impacto social de los enfermos dependientes por ictus. Madrid: Consejo superior de investigaciones científicas; 2004 (2ª edición)
- Echevarría Santamaría I. Atención sanitaria al anciano con incapacidad establecida potencialmente reversible. En: Rodríguez Mañas L, Solano Jaurrieta JJ, coordinadores. Bases de la atención sanitaria al anciano. Madrid: Sociedad Española de Medicina Geriátrica 2001. p:145-82.
- Eklund K, Wilhelmson K. Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomized controlled trials. Health and Social Care in the Community 2009; 17: 447–458.
- Ellis G, Whitehead M, O'Neill D, et al. Evaluación geriátrica integral para pacientes de edad avanzada ingresado en el hospital (Revision Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2011a Issue 7. Art. No.: CD006211. DOI: 10.1002/14651858.CD006211

- Ellis G, Whitehead M, Robinson D, et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ 2011b; 343: d6553 doi: 10.1136/bmj.d6553.
- Fenton JJ, Levine MD, Mahoney LD et al. Bringing geriatricians to the front lines: evaluation of a quality improvement intervention in primary care. J Am Board Fam Med 2006; 19:331-9.
- Fernández Adarve MM, Ortega Paradeda D, Del Arco T, et al . Intervención de la UFISS de Geriatría en Traumatología (H. Figueres): 2001-2004. Rev Esp Geriatr Gerontol 2005: 40 (supl 1): 25.
- Fernández Alonso C.; Martín Sánchez FJ.; Fuentes Ferrer M.; et al. Valor pronóstico de la valoración funcional al ingreso en una unidad de corta estancia de Urgencias. Rev Esp Geriatr Gerontol 2010; 45:63-6.
- Ferrucci L, Guralnick JM, Simonsick E et al. Progressive versus catastophic disability: a longitudinal view of the disablement process. J Gerontol 1996; 51A: M123-M130.
- Ferrucci L, Guralnick M, Studenski S, et al, for The Interventions on Frailty Working Group. Designing randomized controlled trials aimed at preventing or delaying functional decline and disability in frail, older persons: A consensus report. J Am Geriatr Soc 2004; 52:625–34.
- Ferruci L, Guralnik JM, Pahor M et al. Hospital diagnoses, Medicare charges and nursing home admissions in the year when older persons become severely disabled. JAMA 1997; 277:728-734.
- Finlayson E, Maselli J, Steinman MA et al. Inappropiate medication use in older adults undergoing surgery: a National Study. JAGS 2011; 59:2139-2144.
- Fisher L, Weihs KL. Can addressing family relationships improve outcomes in chronic disease? Report of the National Working Group of Family-Based Interventions in Chronic Disease. J Fam Pract 2000; 49: 561-566.
- Fletcher AE, Price GM, Ng ES, et al. Population-based multidimensional assessment of older people in UK general practice: A cluster-randomised factorial trial. Lancet 2004; 364: 1667-1677.
- Foley DJ, Osfteld AM Branch LG. Then risk factors of nursing home placement admissions in three communities. J Aging Health 1992; 4: 155-173
- Forster A, Young J, Lambley R, et al. Medical day hospital care for the elderly versus alternative forms of care. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 4. Art. No.: CD001730. DOI: 10.1002/14651858.CD001730.pub2.
- Fractured neck of femur. Prevention and management. The Royal College of Physicians of London. London, 1989.
- Fried LP, Ferrucci L, Darer J et al. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. J Gerontol Med Sci 2004; 59: 255-63.
- Fried LP, Hall WJ. Leading on behalf of an aging society. J Am Geriatr Soc 2008; 56: 1791-5
- Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. J Gerontol Med Sci 2001; 56A: M146–156.

- Friedmann PD, Jin L, Karrison TG et al. Early revisit, hospitalization, or death among older persons discharged from the ED. Am J Emerg Med 2001; 19: 125-129.
- Fundación Vodafone España. Innovación TIC para las personas mayores. Situación, requerimientos y soluciones en la atención integral de la cronicidad y la dependencia. Madrid, 2011.
- Gagnon AJ, Schein C, McVey L, et al. Randomized controlled trial of nurse case management of frail older people. J Am Geriatr Soc 1999; 47:1118-1124.
- García Navarro JA. Calidad asistencial en unidades de media estancia y convalecencia geriátrica. Rev Esp Geriatr Gerontol 2000; 35 (supl. 6): 47-60.
- García Navarro JA. El reto de atender a los ancianos enfermos de la forma más eficiente: una obligación en tiempos de crisis. Rev Esp Geriatr Gerontol 2011; 46:183-5.
- García Navarro JA. Los GRD y la atención geriátrica hospitalaria. Rev Esp Geriatr Gerontol 2005; 40: 327-9
- García-Altés A, Martínez F, Carrillo E et al. Sistemas de clasificación de pacientes en centros de media y larga estancia: evolución y perspectivas de futuro. Gac Sanit 2000; 14: 48-57.
- Geriatric Emergency Management: An Overview of Delivery Models, Screening Tools and Practice Guidelines. Ontario Hospital Association 2003
- Geriatric Medical Section of EUMS [accedido el 1 de octubre de 2011]. Disponible en: http://www.uemsgeriatricmedicine.org/documents/important_documents/geriatric_medicine_definition.pdf
- Gillespie W, Campbell J, Gardner M, et al. Best practice evidence-based guideline. Acute management and immediate rehabilitation after hip fracture amongst people aged 65 years and over. New Zealand Guidelines Group. Wellington, 2003.
- Gilligan AK, Thrift AG, Sturm JW, et al. Stroke units, tissue plasminogen activator, aspirin and neuroprotection: which stroke intervention could provide the greatest community benefit? Cerebrovasc Dis 2005;20: 239-244.
- Gold S, Bergman H. A Geriatric Consultation Team in the Emergency Department. J Am Geriatr Soc 1997; 45: 764-67.
- Gómez Batiste X, Fontanals D, Roca J et al. Catalonia WHO Demonstration Project on Palliative Care Implementation 1990-1995: Results in 1995. J Pain Symptom Manage 1996; 12: 73-8.
- Gómez Pavón J, Martín Lesende I, Baztán Cortés JJ, et al. Prevención de la dependencia en las personas mayores. Rev Clin Esp 2008; 208:361-2 y Rev Esp Geriatr Gerontol 2007; 42 (Nº extraordinario 2):15-56.
- Gómez Pavón J. Cuidados geriátricos en las unidades de cuidados paliativos hospitalarias. Rev Esp Geriatr Gerontol 1999; 34: 9213-23.
- Gómez-Batiste X, Porta-Sales J, Espinosa-Rojas J et al. Effectiveness of Palliative Care Services in Symptom Control of Patients with Advanced

Terminal Cancer: A Spanish, Multicenter, Prospective, Quasi-Experimental, Pre-Post Study. J Pain Symptom Manage 2010; 40: 652-660.

- Gómez-Pavón J, Ruipérez-Cantera I, Rodríguez-Valcarce A, et al. Nivel de adecuación de los recursos geriátricos en los hospitales generales españoles: período 2003-2005. Rev Esp Geriatr Gerontol 2006; 41: 77-80
- González JI, Jaramillo E, Rodríguez L, et al. Estudio evolutivo de los pacientes atendidos en Asistencia Geriátrica Domiciliaria. Rev Clin Esp 1990; 187: 165-9.
- González Montalvo JI, Alarcón T, Sáez P, et al. La intervención geriátrica puede mejorar el curso clínico de los ancianos frágiles con fractura de cadera. Med Clín (Barc) 2001; 116: 1-5.
- González Montalvo JI, Gotor Pérez P, Martín Vega A et al. La unidad de ortogeriatría de agudos. Evaluación de su efecto en el curso clínico de los pacientes con fractura de cadera y estimación de su impacto económico. Rev Esp Geriatr Gerontol 2011; 46: 193-9
- González Montalvo JI. Proyecto técnico de gestión del servicio de Geriatría del área sanitaria 5 de Madrid. Madrid: Hospital La Paz; Octubre 2005
- González-Armengol JJ, Fernández Alonso C, Martín-Sánchez FJ et al. Actividad de una unidad de corta estancia en urgencias de un hospital terciario: cuatro años de experiencia. Emergencias 2009; 21: 87-94.
- González-Montalvo JI, Alarcón T, Mauleón JL, et al. The orthogeriatric unit for acute patients: a new model of care that improves efficiency in the management of patients with hip fracture. Hip Int 2010; 20: 229-35.
- González-Montalvo JI, Baztán JJ, Rodríguez-Mañas L et al. Ingreso hospitalario urgente en servicios médicos: causa, justificación, factores sociales y sus diferencias en función de la edad. Med Clin 1994; 103: 441-4.
- González-Montalvo JI, Pallardo B, Bárcena A, et al. Eficiencia de las unidades geriátricas de agudos en los hospitales españoles. Rev Esp Geriatr Gerontol 2009; 44: 205-9
- Guil Sánchez J. Descripción de la actividad asistencial en un centro sociosanitario; características clínicas de los pacientes ingresados. Rev Esp Geriatr Gerontol 2011; 46 (3): 177-178.
- Guillén Llera F, Ribera Casado JM. Geriatría XXI. Análisis de necesidades y recursos en la tención a las Personas Mayores en España. Madrid: EDIMSA 2000
- Guillén Llera F. Atención a Personas Mayores que viven en Residencias. Madrid: IMSERSO 1998: p. 117-130.
- Gutiérrez Rodríguez JY, López Gaona V. Utilidad de un programa de intervención geriátrica en la mejora del uso de fármacos en pacientes institucionalizados. Rev Esp Geriatr Gerontol 2010; 45: 278-80.
- Handoll HHG, Cameron ID, Mak JCS, et al. Rehabilitación multidisciplinaria para personas mayores con fractura de cadera (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de

The Cochrane Library, 2009 Issue 4 Art no. CD007125. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

- Heart and Stroke Foundation of Ontario. Consensus Panel on the Stroke Rehabilitation System 2007. A report from The Consensus Panel on the Stroke Rehabilitation System to the Ministry of Health and Long-Term Care. 2007. Disponible en: http://www.cesnstroke.ca/professional_content/documents/SRSCP_ FULL_REPORT_FINAL_20070430. pdf
- Hermush V, Daliot D, Weiss A, et al. The impact of geriatric consultation on the care of the elders in community clinics. Arch Gerontol Geriatr 2009; 49: 260-262.
- Hernández JL, Olmos JM, Alonso MA, et al. Trend in hip fracture epidemiology over a 14-year period in a Spanish population. Osteoporosis Int 2006; 17: 464-70.
- Herrera A, Martínez AA, Ferrández L, et al A. Epidemiology of osteoporotic hip fractures in Spain. Int Orthop 2006; 30: 11-14.
- Herrera J. Los equipos de valoración y cuidados geriátricos: expectativas defraudadas. Rev Esp Geriatr Gerontol 2005; 40: 120-5.
- Higginson IJ, Evans CJ. What Is the Evidence That Palliative Care Teams Improve Outcomes for Cancer Patients and Their Families?. Cancer J 2010; 16: 423-435.
- Hoffenberg R, James OFW, Brocklehurst JC, et al. Fractured neck of femur. Prevention and management. Summary and recommendations of a report of the Royal College of Physicians. J Royal Coll Phys 1989; 23: 8-12
- Hornillos M, Baztán JJ, González Montalvo JI. Los hospitales de Día Geriátricos: revisión de su eficacia en el hospital general. An Med Interna (Sem) (Madrid) 2000; 17: 26-36.
- Hume SK. HMOS' continuum of care. How HMOs target their services to meet the needs of the elderly. Health Prog 1992; 73: 52-4.
- Hunt DL, Haynes RB, Hanna SE, et al. Effects of computer-based clinical decision support systems on physician performance and patient outcomes: A systematic review. JAMA 1998; 280:1339-1346.
- Hustey FM, Meldon SW. The prevalence and documentation of impaires mental status in elderly emergency department patients. Ann Emerg Med 2002; 39: 2248-53
- Hwang U, Morrison RS. The Geriatric Emergency Department. J Am Geriatr Soc 2007; 55: 1873-76
- IMSERSO. Observatorio de Personas Mayores. Informe 2008. Las Personas Mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Secretaría General de Política Social. IMSERSO 2009.
- Inglis SC, Clark RA, McAlister FA, et al. Structured telephone support or telemonitoring programmes for patients with chronic heart failure. Cochrane Database Syst Rev 2010; 8: CD007228.

- Inouye SK, Bogardus ST Jr, Charpentier PA et al. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. N Eng J Med 1999; 340: 669-76
- Inouye SK, Peduzzi PN, Robison JT, et al. Importance of functional measures in predicting mortality among older hospitalized patients. JAMA 1998; 279: 1187-1193
- INSALUD. Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores. Madrid: Instituto Nacional de la Salud. 1996: nº 1674.
- Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: A new health system for the 21th Century (Vol 2001). Washington, DC: National Academy Press.
- Instituto de Información Sanitaria. Estadísticas comentadas. La atención a la fractura de cadera en los hospitales del SNS (Publicación en Internet). Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. Disponible en: http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdhome.htm
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Las personas mayores en España. Informe 2008. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid, 2009.
- Instituto de Salud Pública. Valoración de las necesidades socio-sanitarias de las personas mayores en la Comunidad de Madrid. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. Madrid. 2004.
- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008 [accedido el 1 de octubre de 2011]. Disponible en: http://www.ine.es/inebmenu/mnu_salud.htm
- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de morbilidad hospitalaria 2009 [accedido el 1 de octubre de 2011]. Disponible en: http://www.ine.es/ inebmenu/mnu_salud.htm
- Instituto Nacional de Estadística. Padrón municipal a enero de 2010 [accedido el 1 de octubre de 2011]. Disponible en: http://www.ine.es/inebmenu/mnu_ cifraspob.htm
- Instituto Nacional de Salud. Criterios de ordenación de Servicios para la Atención Sanitaria a las Personas Mayores. Ministerio de Sanidad y Consumo. INS. Secretaría General. Madrid, 1995.
- Jaramillo Gómez E. Perfil funcional. Presencia de dependencia. En: López Arrieta JM y Rodríguez Mañas L. Atención sanitaria al anciano. Madrid: Sociedad Española de Medicina Geriátrica 2008. Pag. 86-96.
- Johansson B, Norrving B, Lindgren A. Increased stroke incidence in Lund-Orup, Sweden, between 1983 to 1985 and 1993 to 1995. Stroke 2000;31(2): 481-486.
- Kahn JH, Magauran B. Trends in geriatric emergency medicine. Emerg Med Clin N Am 2006; 24: 243-60.
- Kalra L. Stroke Rehabilitation. En Pathy J, Sinclair AJ, Morley JE (edits) “Principles and Practice of Geriatric Medicine (4th edition)”. John Wiley & Sons Inc., Hoboken, 2006: 851-858

- Kammersgaard LP, Jørgensen HS, Reith J et al. Short and long-term prognosis for very old stroke patients. The Copenhagen Stroke Study. Age and Ageing 2004;33:149-154.
- Keough ME, Field TS, Gurwitz JH. A model of community-based interdisciplinary team training in the care of the frail elderly. Acad Med 2002; 77:936
- Kramer AM, Steiner JF, Schlenker RE, et al. Outcomes and costs after hip fracture and stroke. A comparison of rehabilitation settings. JAMA 1997; 277: 396-404
- Landefeld CS, Palmer RM, Kresevic DM, et al. A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. N Engl J Med 1995; 332: 1338-1344.
- Langhorne L, Pollock A. What are the components of effective stroke unit care? Age and Ageing 2002;31: 365-371
- Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Informe 2008, tomo 1. Ministerio de Sanidad y Política Social. IMSERSO, 2009. Colección Documentos. Serie Documentos Estadísticos, nº 22019.
- Lee DH, Buth KJ, Martin PJ et al. Frail patients are at increased risk for mortality and prolonged institutional care after cardiac surgery. Circulation 2010; 121:973-978
- Lee SJ, Go AS, Lindquist K, et al Chronic conditions and mortality among the oldest old. Am J Public Health 2008; 98: 1209-14.
- León Muñoz LM, López García E, Graciani A, et al. Functional status and use of health care services: longitudinal study on the older adult population in Spain. Maturitas 2007; 58: 377-386.
- Leveille SG, Wagner EH, Davis C, et al. Preventing disability and managing chronic illness in frail older adults: A randomized clinical trial of a community-based partnership with primary care. J Am Geriatr Soc 1998; 46: 1191-1198.
- Lewin SA, Skea ZC, Entwistle V, et al. Intervention for providers to promote patient-centred approach in clinical consultations (Cochrane Review). The Cochrane Library, 2002(2).
- López Martín I, Petidier Torregrossa R. Geriatría y Atención Primaria de Salud. En: Guillén Llera F, Pérez del Molino Martín J, Petidier Torregrossa R. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Ed. Elsevier Masson. Barcelona, 2008. Pags 117-132.
- Lorig KR, Sobel DS, Ritter PL, et al. Effect of a self-management program on patients with chronic disease. Eff Clin Pract. 2001; 4: 256-62.
- Lorig KR, Sobel DS, Stewart AL, et al. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: A randomized trial. Med Care 1999; 37: 5-14.
- Lubitz J, Cai L, Kramarow E et al. Health , life expectancy, and health care spending among the elderly. N Eng J Med 2003; 349; 1048-1055

- Llorente S, Arcos PJ, Alonso M. Factores que influyen en la demora del enfermo en un servicio de urgencias hospitalarias. Emergencias 2000; 12: 164-71.
- Mahtani Chugani V, Martín Fernández RL, Soto Pedre E, et al. Implantación de programas de telemedicina en la sanidad pública de España: experiencia desde la perspectiva de clínicos y decisores. Gac Sanit 2009; 23(3): 223–229.
- Makary MA, SEgev DL, Provost PJ et al. Frailty as a predictor of surgical outcomes in older patients. J Am Coll Surg 2010; 210:901-908.
- Manton KG. A longitudinal study of functional change and mortality in the United Status.J Gerontol. 1988; 43: S153-S151
- Markus H. Improving the outcome of stroke. Br Med J 2007;335: 359-360
- Martín Sánchez FJ, González Del Castillo J, Elvira C et al. Diferencias del sistema de triaje Manchester entre ancianos y adultos. XXI Congreso Nacional Sociedad Española de Urgencias y Emergencias. Emergencias 2009: 264 (volumen extraordinario).
- Mayer-Oakes SA, Oye R, Leake B. Predictors of mortality in older patients following medical intensive care: the importance of functional status. J Am Geriatr Soc 1991; 39:862-868
- Mboko G. The coordination of actors, indispensable links in home care. Soins Gerontol 2009; 75:18-21.
- Mc Cusker J, Verdon J, Tousignant P et al. Rapid Emergency Intervention for older people reduces risk of functional decline: results of a randomized trial. J Am Geriatr Soc 2001; 49:1272-81
- McCusker J, Bellavance F, Cardin S, et al. Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit: the ISAR screening tool. J Am Geriatr Soc 1999; 47:1229–37.
- McNutt RA. Shared medical decision making: problems, process, progress. JAMA 2004; 292: 2516-2518.
- Medina Asensio J, Camarelles Guillem F, Serra Rexach JA, et al. Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y Recomendaciones. Madrid: Informes, Estudios e Investigación. Ministerio de Sanidad y Política Social 2009.
- Mehta KM, Pierluissi E, Boscardin WJ, et al. A clinical index to stratify hospitalized older adults according to risk for new-onset disability. J Am Geriatr Soc. 2011; 59:1206-16.
- Meldon SW, Mion LC, Palmer RM, et al. A brief risk-stratification tool to predict repeat emergency department visits and hospitalizations in older patients discharged from the emergency department. Acad Emerg Med 2003; 10: 224–32.
- Miller DK, Lewis LM, Nork MJ et al. Controlled trial of a geriatric case finding and liason service in an emergency department. J Am Geriatr Soc 1996; 44: 513-20.
- Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Conjunto Mínimo Básico de Datos de hospitalización CMBD-H 2009. Grupos Relacionados por el

Diagnóstico - GRD [accedido el 1 de octubre de 2011]. Disponible en: http://pestadistico. msc.es/PEMSC25/ArbolNodos.aspx

- Ministerio de Sanidad y Consumo. Programa formativo de la especialidad de Geriatría. BOE 2008; 223: 37785-90.
- Ministerio de Sanidad y Política Social, Unidad de cuidados paliativos. Estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Política Social, Madrid 2009
- Morley JE. A brief history of Geriatrics. J Gerontol Med Sci 2004; 59A:1132-52.
- Moya Mir. La formación geriátrica en urgencias. Emergencias 2006; 18: 1-4
- Mundinger M, Kane RL, Lenz ER, et al. Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians. JAMA 2000; 283(1): 59-68.
- Murkofsky RL, Alston K. The Past, Present, and Future of Skilled Home Health Agency Care. Clin Geratr Med 2009; 25: 1-17.
- Nadal J. Las TIC y la sanidad del futuro. BIT 2007; 163: 36-40.
- Nakayama H, Jorgenson HS, Rassachou HO, et al. The influence of age on stroke outcome: the Copenhagen Stroke Study. Stroke 1994; 25: 808-813.
- Nieto Blanco E, Salvador-Moran MJ. La enfermera de soporte en las residencias de ancianos: evaluación de una experiencia implantada en una zona básica de salud de Madrid. Gerokomos 2008. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script= sci_arttest&pid=S1134928X2008000100004&lng=es&nrm=iso.
- Oliver Carbonell JL, Abizanda Soler P, Luengo Márquez C, et al. El equipo de valoración y cuidados geriátricos (EVCG) en el Hospital General de Albacete (HGA): una relación coste-eficacia altamente rentable. Rev Esp Geriatr Gerontol 1997; 32(S1): 21.
- ORDEN SCO/2603/2008, de 1 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Geriatría. BOE 2008; 223: 37785-90
- Ordre del 29 de maig de 1996, de creació del Programa Vida Als Anys d'atenció sociosanitària a la gent gran amb llarga malaltia (DOGC núm. 694, del 18.7.1994)
- Ortiz Alonso FJ. Valoración funcional los servicios de urgencias. Rev Esp Geriatr Gerontol 2010; 45: 59-60
- Ouslander JG, Berenson RA. Reducing unnecessary hospitalizations of nursing home residentes. N Eng J Med 2011; 365: 1165-67.
- Ouslander JG, Lamb G, Tappem R, et al. Interventons to reduce hospitalizations from nursing homes: evaluation of the INTERACT II collaborative quality improvement project. J Am Geriatr Soc 2011; 59: 745-53.
- Pareja T, Hornillos M, Rodriguez M, et al. Unidad de observación de urgencias para pacientes geriátricos: beneficios clínicos y asistenciales. Rev Esp Geriatr Gerontol 2009; 44:175-179
- Pascual López A (coord.). Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2010- 2014. Ministerio De Sanidad, Política Social e Igualdad, Madrid 2010.

- Pedrera Zamorano JD, Bote Mohedano JL, Lavado García JM, et al. Incidencia y prevalencia de la fractura de cadera en la provincia de Cáceres y su tendencia evolutiva. Rev Clín Esp 2004; 204: 448-51.
- Pellfolk TJ, Gustafson Y, Bucht G et al. Effects of a restraint minimization program on staff knowledge, attitudes, and practice: a cluster randomized trial. J Am Geriatr Soc 2010; 58: 62-9.
- Pérez del Molino J, Guillén Llera F, Petidier R. Cuidados geriátricos comunitarios. En: Guillén Llera F, Pérez del Molino J, y Petidier R. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Ed. Elsevier Masson. Barcelona, 2008. Pags 93-106.
- Pérez del Molino J. Asistencia coordinada al anciano en la comunidad. Relación entre atención primaria de salud, servicios sociales y servicio de Geriatría hospitalario. Care of elderly 1994; 1: 221-8; 291-6.
- Pérez Martín A, Avellana JA. Atención sanitaria al anciano con enfermedad aguda en riesgo de incapacidad. En: Rodríguez Mañas L y Solano JJ. Bases de la atención sanitaria al anciano. SEMEG, Madrid 2000.
- Polisena J, Tran K, Cimon K, et al. Home telehealth for chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. Journal of Telemedicine and Telecare 2010; 16: 120–127.
- Principales indicadores de la economía española. Informe anual 2003 y Informe anual 2005. Banco de España. Disponible en http://www.bde.es/informes.
- Reig Puig L, Fernández López M, Castellsagues Pique J. Evaluación de un protocolo de tratamiento preoperatorio en ancianos intervenidos por fractura. Rev Esp Geriatr Gerontol 1996; 31: 199-204.
- Reuben BD, Roth C, Kamberg C et al. Restructuring primary care practices to manage geriatric síndromes: the ACOVE-2 intervention. J Am Geriatr Soc 2003; 51: 1787-1793.
- Reuben DB Tinetti ME. Goal-oriented patient care – an alternative health outcomes paradigm N Eng J Med 2012; 366:777-9
- Reuben DB, Better ways to care for older persons: is anybody listening?. J Am Geriatr Soc 2009; 57: 2348-9.
- Reuben DB, Borok GM, Wolde-Tsadik, et al. A randomized trial of comprehensive geriatric assessment in the care of hospitalized patients. N Engl J Med 1995; 332: 1345-1350.
- Reuben DB, Zwanziger J, Bradley TB et al. Is geriatrics a primary care of subspecialty discipline? J Am Geriatr Soc 1994; 42: 363-7
- Ribera Casado JM.- Geriatría y Medicina Interna: dos disciplinas obligadas a entenderse. Jano 2004; LXVII (1524)
- Ribera Casado JM. Los tiempos de la geriatría. Cien años de compromiso con la salud del anciano. Discurso de ingreso en la Real Academia Nacional de Medicina. Madrid: Senda Ed. 2012.
- Rich MW, Beckman V, Wittenberg C, et al. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. N Engl J Med 1995; 333: 1190-1195.

- Roberts DC, McKay MP, Shaffer A. Increasing rates of emergency department visits for Elderly Patients in the United States, 1993 to 2003. Ann Emerg Med 2008; 51: 769-74
- Robinson TN, Eiseman B, Wallace JI et al. Redefining geriatric preoperative assessment using frailty, disability and co-morbidity. Ann Surg 2009; 250:449-55
- Rodríguez Artalejo F, González Montalvo JI, Sanz Segovia F et al. La urgencia geriátrica frente a la urgencia en la edad adulta: análisis retrospectivo de las urgencias médicas de un hospital general. Med Clin 1989; 93: 411-4.
- Rodríguez-Mañas L. RETICEF: una oportunidad para impulsar la investigación española sobre envejecimiento y fragilidad. Rev Esp Geriatr Gerontol 2008: 43: 60-70
- Rodríguez-Mañas L, Solano JJ (eds.). Bases de la atención sanitaria al anciano. Madrid: SEMEG 2001
- Rodríguez Piñera M, San Cristobal Velasco E, Miñana Climent JC, et al. Factores asociados a síndrome confusional agudo en ancianos ingresados en una unidad de ortogeriatría. Rev Esp Geriatr Gerontol 2005; 40 (supl1): 16.9-62.
- Rodríguez-Molinero A, López-Diéguez M, Pérez Medina I et al. Evaluación cognitiva de los pacientes ancianos en el servicio de urgencias: Comparación entre instrumentos estándar, historia clínica y la percepción de los médicos. Rev Esp Geriatr Gerontol 2010; 45: 183-88
- Rodríguez-Molinero A, López-Diéguez M, Tabuenca AI et al. Physicians impression on the elders functionality influences decision making for emergency care. Am J Emerg Med 2010; 28: 757-65
- Rodríguez-Molinero A, López-Diéguez M, Pérez Medina I, et al. Evaluación cognitiva de los pacientes ancianos en el servicio de urgencias: Comparación entre instrumentos estándar, historia clínica y la percepción de los médicos. Rev Esp Geriatr Gerontol 2010a; 45:183-8
- Rodríguez-Molinero A, López-Diéguez M, Tabuenca AI et al. Functional assessment of older patients in the emergency department: comparison between standard instruments, medical records and physicians' perceptions. BMC Geriatr 2006; 6:13.
- Rodríguez-Molinero A, López-Diéguez M, Tabuenca AI, et al. Physicians' impression on the elders' functionality influences decision making for emergency care. Am J Emerg Med. 2010b; 28:757-65
- Ross JS, Normand SL, Wang Y et al. Hospital volume and 30-day mortality for three common medical conditions. N Engl J Med 2010; 362:1110-8.
- Rothman AA, Wagner EH. Chronic illness management: what is the role of primary care? Ann Intern Med 2003; 138: 256-261.
- Rothwell PM, Coull AJ, Silver L, et al. Population-based study of event-rate,incidence, case fatality, and mortality for all acute vascular events in all arterial territories (OxfordVascular Study). Lancet 2005;366: 1773-1783.

- Royal College of Physicians. National Clinical Guidelines for Stroke. 2nd ed. Prepared by the Intercollegiate Stroke Working Party. London: Royal College of Physicians. 2004. Disponibleen:http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/books/stroke /index.htm.
- Rubenstein LV. The Emergency Department: A useful site for CGA?. J Am Geriatr Soc 1996; 44: 601-2.
- Rubenstein LV, Calkins DR, Greenfield S. Health status assessment for elderly patients: reports of society of general internal medicine task force on health assessment. J Am Geriat Soc 1989; 37: 562-569.
- Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland D et al. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. N Engl J Med 1984; 311: 1664-1670.
- Rubenstein LZ, Stuck AE, Siu AL et al. Impact of geriatric evaluation and management programs on defined outcomes: overview of the evidence. J Am Geriatr Soc 1991; 39: 8S–16S.
- Ruipérez Cantera I. ¿Es adecuado reducir la hospitalización en pacientes institucionalizados?. Rev Esp Geriatr Gerontol 2011; 46:241-2
- Sáez MP, González Montalvo JI, Alarcón T, et al. Optimización del tratamiento médico en pacientes geriátricos con fractura de cadera. Influencia del equipo consultor geriátrico. Rev Esp Geriatr Gerontol 2006; 41: 85-91.
- Safran DG. Defining the structure of primary care: What can we learn from patients? Ann Intern Med 2003; 138: 248-255.
- Sager MA, Franke T, Inouye SK et al. Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older persons. Arch Intern Med 1996; 156:645-652.
- Salgado Alba A. Geriatría. Historia, definición, objetivos y fines, errores conceptuales, asistencia geriátrica. Medicne 1983 (3ª serie): 3235-39
- Salvà A, Llevadot D, Miró M et al. La atención geriátrica. Uno de los grandes ejes de la atención sociosanitaria en Cataluñ. Rev Esp Geriatr Gerontol 2004; 39: 101-8.
- Salvà A, Martínez F, Llobet S et al. Las unidades de media estancia-convalecencia en Catalunya. Rev Esp Geriatr Gerontol 2000; 35(Supl 6): 31-7.
- San Cristóbal-Velasco E, Juárez-Maldonado O, Arche-Coto JM, et al. Características y evolución diferencial de los pacientes con enfermedad cerebrovascular asociada afibrilación auricular. Rev Esp Geriatr Gerontol 2005;40: 151-157
- San José A, Vilardell M. Unidades funcionales interdisciplinarias de geriatría en los hospitales generales. Funcionamiento y análisis de su efectividad. Med Clín (Barc) 1996; 106: 336-43.
- Sánchez Ferrín P, Mañas Magaña M, Márqiez A, et al. Valoración geriátrica en ancianos con fractura proximal de fémur. Rev Esp Geriatr Gerontol 1999; 34: 65-71.
- Sánchez Garrido J, Salinas Barrionuevo A, García Salcines JR, et al. Aplicación de un programa de atención geriátrica para pacientes con fractura

de cadera ingresados en un servicio de traumatología. Rev Esp Geriatr Gerontol 2005: 40 (supl 1): 52-3.

- Sánchez Lozano A, Rexach L, López C, et al. Adecuación de los pacientes a los criterios de derivación a una unidad de valoración geriátrica desde atención primaria. Rev Esp Geriatr Gerontol. 1998; 33:357-61.
- Sanders AB. Missed delirium in older emergency department patientes: A quality of care problem. Ann Emerg Med 2002; 39: 338341
- Santamaría Ortiz J. Unidad de rehabilitación geriátrico-traumatológica (URGT). Rev Esp Geriatr Gerontol 1998; 33(S1): 27.
- Santamaría Ortiz J. Unidades geriátricas: estructura, actividad, eficacia y eficiencia. Rev Esp Geriatr Gerontol 2000; 35(S6): 23-30.
- Santasuana V, Galí López J, Puig Rossell C. Estudio coste-efectividad de la evaluación geriátrica integral en pacientes afectos de fractura de cadera. Resultados preliminares. Rev Esp Geriatr Gerontol 2002; 37 (S 1): 126.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Edinburgh 2009. Management of Hip Fracture in Older People. A national clinical guideline. www.sign.ac.uk/pdf/sign111.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of patients with stroke: Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning. A national clinical guideline. June 2010
- Seamark D, Moore B, Tucker H et al. Community hospitals for the new millennium. Br J Gen Pract 2001: 51: 125-127.
- Serra JA, García Navarro JA, González Montalvo JI et al. Media estancia hospitalaria. Plan de Salud de Madrid. Madrid, 2000.
- Serra JA, Garrido G, Vidán M, et al. Epidemiología de la fractura de cadera en ancianos en España. An Med Interna (Madrid) 2002; 19: 389-95.
- Serra JA, Rexach L, Cruz AJ, et al. Asistencia Geriátrica Domiciliaria: 20 meses de experiencia. Rev Clin Esp 1992; 191:406-11.
- Serra Rexach JA, Ruipérez Cantera I (coordinadores). Estándares de Calidad en Geriatría. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Madrid: IMC, 2007.
- Servicio de Estudios BBVA. Simulador de cambio de la peseta. Disponible en http://serviciodeestudios.bbva.com.
- Shepperd S, Doll H, Broad J, et al. Hospital domiciliario para el alta temprana (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 1 Art no. CD000356. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Sicras-Maimar A, Pelaez-de-Loño J, Castellá-Rosales A, et al. Eficacia de una intervención en la adecuación del uso de medicamentos en centros residenciales geriátricos. Resultados a los 3 años de implantación. Rev Esp Geriatr Gerontol 2007; 42:5-15.
- Simoens S, Kutten B, Keirse E et al. The Costs of Treating Terminal Patients. J Pain Symptom Manage 2010; 40: 436-448

- Singal BM, Hedges JR, Rousseau EW et al. Geriatric patient emergency visits. Part I: comparison of visits by geriatric and younger patients. Ann Emerg Med 1992; 21: 802-7
- Sinoff G, Clarfield AM, Bergman H et al. A Two Year Follow up of Geriatric Consults in the Emergency Department. J Am Geriatr Soc 1998; 46: 716-20.
- Smith TJ, Coyne P, Cassel B et al. A high-volume specialist palliative care unit and team may reduce in-hospital end-of-life care costs. J Palliative Med 2003; 6: 699– 705.
- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Análisis y evaluación de la red de servicios sanitarios dedicados a la dependencia: programas de prevención, atención domiciliaria y hospitalización. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, Madrid 2005.
- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Geriatría XXI. Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España. Madrid: Edimsa 2000: p.143-160
- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Geriatría XXI. EDIMSA, Madrid 2001.
- Solomon DH, Burton JR, Lundeberg NE, et al. The new frontier: increasing geriatrics expertise in surgical and medical specialties. J Am Geriatr Soc 2000; 48:702-704.
- Sosa Henríquez M, Segarra Sánchez MC, Limiñana Canal JM, et al. Fractura osteoporótica de la extremidad proximal del fémur. Relación con el habitat y diferencias hospitalarias. SEEMO 1993; 2: 114-7.
- Strange GR, Chen EH. Use of emergency departments by elder patients: a five-year follow up study. Acad Emerg Med 1998; 5: 1157- 1162.
- Stroke Unit Trialists' Collaboration. Atención hospitalaria organizada (unidad de accidentes cerebrovasculares) para el accidente cerebrovascular (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Oct 17;(4):CD000197
- Stuck AE, Aronow HV, Steiner A et al. A trial of annual in-home comprehensive geriatric assessment to elderly people living in the community. N Engl J Med 1995; 333: 1184-1189.
- Stuck AE, Iliffe S. Comprehensive geriatric assessment for older adults. BMJ 2011; 343: d6799 doi: 10.1136/bmj.d6799.
- Terrell KM, Hustey FM, Hwang U et al. Quality Indicators for Geriatric Emergency Care. Acad Emerg Med 2009; 16: 441-49
- The Audit Commission. The way to go home: Rehabilitation and remedial services for older people. Belmont Press, Northampton 2000.
- The British Orthopaedic Association. The care of patients with fragility fracture. London, september 2007. Disponible en: http://www.boa.ac.uk /site/show/ publications.

- The National Service Framework for Older People. Department of Health 2001.http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4003066. Acceso el 17 de agosto de 2007.
- Tinneti ME, Fried T. The end of the disease era. Am J Med 2004; 116:179-185.
- Torres Bonafonte OH, Ruiz Hidalgo D. ¿Es adecuado ingresar a los ancianos con neumonía en las Unidades de Corta Estancia? Rev Esp Geriatr Gerontol 2011; 46: 181-2.
- Van Craen K, Braes T, Wellens N. et al. The Effectiveness of Inpatient Geriatric Evaluation and Management Units: A Systematic Review and Meta-Analysis .J Am Geriatr Soc 2010; 58:83-92.
- Vedel I, De Stampa M, Bergman H et al. A novel model of integrated care for the elderly: COPA, Coordination of Professional Care for the Elderly. Aging Clin Exp Res 2009; 21: 414-23.
- Vidán M, Serra JA, Moreno C, et al. Efficacy of a comprehensive geriatric intervention in older patients hospitalized for hip fracture: a randomized controlled trial. J Am Geriatr Soc 2005; 53: 1476-82.
- Vidán MT, Sánchez E, Alonso M et al. An intervention integrated into daily clinical practice reduces the incidence of delirium during hospitalization in elderly patients. J Am Geriatr Soc 2009; 57:2029-36
- Vidán MT, Sánchez E, Gracia Y, et al. Causes and effects of surgical delay in patients with hip fracture: a cohort study. Ann Intern Med 2011; 155: 226-33.
- Vidán MT, Sánchez García E, Alonso M, et al. Deterioro funcional durante la hospitalización en ancianos. Beneficios del ingreso en el servicio de geriatría. Rev Esp Geriatr Gerontol 2008; 43: 133-8.
- Volinsky FD, Callahan CF, Fiztgerald JF. The risk of nursing home placement and subsequent death among older adults. J Gerontol 1992; 47: S173-S182
- Von Korff M, Gruman J, Schaefer J, et al. Collaborative management of chronic illness. Ann Intern Med 1997; 127:1097-1102
- Wagner EH. Meeting the needs of chronically ill people. BMJ 2001; 323: 945-946.
- Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. BMJ 2000; 320: 569-572.
- Warburton RN, Parke B, Church W et al. Identification of seniors at risk: process evaluation of a screening and referral program for patients aged ≥75 in a community hospital emergency department. Int J Health Care Quality Assurance 2004; 17: 339-48
- Ward KT, Bates-Jensen B, Eslami MS et al. Addressing delays in medication administration for patients transferred from the hospital to the nursing home: a pilot quality improvement project. Am J Geriatr Pharmacother 2008; 6: 205-11.
- Warshaw GA, Bragg EJ, Fried LP, et al. Which Patients Benefit the Most from a Geriatrician's Care? Consensus Among Directors of Geriatrics Academic Programs. J Am Geriatr Soc 2008; 56:1796–801.

- Wieland D, Rubenstein LZ, Hedrick SC et al. Inpatient geriatric evaluation and management units (GEMUs) in the veterans health system: diamond on the rough? J Gerontol 1994; 49:M195-200.
- Wilber ST, Gerson LW. A Research Agenda for Geriatric Emergency Medicine. Acad Emerg Med 2003; 10: 251-60.
- Wilkes L, Cioffi J, Warne B, et al. Clients with chronic and complex conditions: their experiences of community nursing services. J Clin Nurs 2008; 17: 160-8.
- World Health Organization. Innovative care for chronic conditions: Building blocks for action (WHO/MNC/CCH/02.01). Geneva, 2002. World Health Organization.
- World Health Organization. The World Health Report 2006: working together for health. ISBN 92 4 156317 6.
- Young J, Forster A. Rehabilitation after stroke. BMJ 2007; 334: 86-90
- Young J, Green J, Forster A, et al. Postacute care for older people in community hospitals: a multicenter randomized, controlled trial. J Am Geriatr Soc 2007; 55: 1995-2002.
- Young J. Ageism in services for transient ischaemic attack and stroke. Br Med J 2006;333: 508-509

ANEXO 1

Anexo1. Criterios de ingreso en las Unidades Asistenciales de los Hospitales de Apoyo

CRITERIOS GENERALES DE INGRESO EN EL HOSPITAL

Son **candidatos al ingreso** en el hospital

- los pacientes adultos, preferentemente mayores de 65 años;
- con un diagnóstico etiológico establecido;
- con necesidad de cuidados hospitalarios por motivos médicos;
- en situación de estabilidad clínica y hemodinámica;
- con conocimiento y consentimiento del ingreso por parte del paciente y la familia;
- con apoyo social y colaboración familiar durante la hospitalización, o se puede obtener el apoyo preciso para el alta hospitalaria en el tiempo es

Se **excluye** a aquellos pacientes que

- precisen pruebas no disponibles en el hospital (TAC, ecocardiograma, gammagrafía, eco-doppler,…) para su diagnóstico;
- sean subsidiarios de estancia o tratamiento en una unidad de cuidados intensivos, coronaria o de hemodiálisis;
- requieran nutrición parenteral total;
- esté previsto un tratamiento quirúrgico a corto plazo;
- cuyo motivo esencial de ingreso sea su custodia, sin necesidad de una atención hospitalaria relacionada con cuidados médicos o de enfermería.

UNIDAD DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL

La unidad de media estancia aborda el tratamiento multidisciplinario de pacientes que se puedan beneficiar de un ingreso hospitalario y que padecen discapacidades secundarias a procesos traumatológicos (quirúrgicos y no quirúrgicos) y neurológicos así como deterioro funcional agudo y subagudo de diferente etiología, con el objetivo de recuperar el máximo posible de la capacidad perdida.

Son **candidatos al ingreso** en la unidad los pacientes con indicación de tratamiento rehabilitador que sufren

- un deterioro funcional moderado o grave secundario a un proceso traumatológico;
- un inmovilismo secundario a una hospitalización reciente por patología médica o quirúrgica;
- un ACVA isquémico o hemorrágico con estabilidad en la evolución (ingreso en la primera semana de evolución en los ictus isquémicos y en la segunda semana en los hemorrágicos) y una buena situación funcional (Índice de Barthel > 60) y cognitiva previa.

Son **criterios de exclusión** la presencia de todas aquellas condiciones que impidan una satisfactoria recuperación funcional del paciente:

- mala situación funcional previa al ingreso con dependencia para las actividades básicas de la vida diaria o incapacidad para la marcha;
- mala situación cognitiva previa al ingreso que impida la colaboración en el tratamiento rehabilitador; demencia en grado moderado severo y/o con síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia;
- escasa respuesta al tratamiento rehabilitador, de forma que pasado un mes de evolución del episodio agudo, el Índice de Barthel sea menor de 20;
- carga o apoyo no permitido en procesos traumatológicos, quirúrgicos o no, que precisen de un periodo prolongado de descarga.
- presencia de una patología crónica previa que impida realizar un tratamiento rehabilitador;
- pacientes con una patología crónica (oncológica o no) para la que se haya determinado una situación de terminalidad y sean subsidiarios de cuidados paliativos.

Algunos hospitales de apoyo admiten en su unidad de media estancia a los pacientes definidos en la unidad de crónicos agudizados, bien desde el momento de su diagnóstico en la urgencia hospitalaria o en la última fase del ingreso en el hospital de agudos.

UNIDAD DE CRÓNICOS AGUDIZADOS

Nivel asistencial destinado a la hospitalización de pacientes fundamentalmente geriátricos con un proceso agudo para su evaluación exhaustiva y tratamiento de dichas patologías con los medios diagnósticos y terapéuticos disponibles en el hospital de apoyo.

Son **candidatos al ingreso** en esta unidad los pacientes:

- con una patología aguda o reagudización de una enfermedad crónica;
- con estabilidad clínica: el paciente ha finalizado el proceso diagnóstico y ha iniciado el proceso terapéutico con buena respuesta;
- con necesidad de completar el tratamiento médico en régimen hospitalario, bien por necesidad de medicación intravenosa y/o porque la situación clínica requiera aún de un estrecho seguimiento clínico, lo que incluye la realización de pruebas complementarias básicas disponibles;
- y que cumplan los criterios generales del ingreso en un hospital de apoyo.

Son **excluidos** los pacientes:

- con un riesgo elevado de muerte inminente;
- con tuberculosis pulmonar activa;
- que requieran una vía central para administración de medicación o la monitorización hemodinámica;
- que estén recibiendo ciclos frecuentes de quimio o radioterapia;
- en programas de diálisis;
- en espera de transplante;
- que de forma predominante puedan beneficiarse de su estancia en otras unidades asistenciales.

UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

Unidad de atención especializada destinada a la atención de pacientes con una enfermedad, que independientemente de la causa que la origine, no responde al tratamiento curativo, con complicaciones agudas, síntomas de difícil control, imposibilidad de manejo en domicilio y con un pronóstico de supervivencia inferior a seis meses.

Los **candidatos a ingresar** en esta unidad son pacientes con pronóstico estimado de supervivencia inferior a seis meses y:

- enfermedad crónica en fase avanzada, limitación funcional severa no reversible, síntomas intensos múltiples, multifactoriales y cambiantes, de difícil control domiciliario;
- enfermedad oncológica con limitación funcional severa no reversible, síntomas intensos múltiples, multifactoriales y cambiantes, de difícil control domiciliario;
- enfermedad oncológica con una patología aguda sobreañadida en relación directa o no con la enfermedad de base;
- pacientes oncológicos terminales en fase final de evolución de la enfermedad, cuyo control deba ser hospitalario por criterios médicos o sociales.

Son **criterios de exclusión**

- la posibilidad de curación de la patología de base;
- la posibilidad de permanencia en el domicilio con apoyo de los EAP o ESAD;
- la necesidad de tratamiento relacionado con la infección por VIH o sus complicaciones y que puedan beneficiarse de unidades específicas;
- tratamientos con radioterapia o quimioterapia paliativas en los que los traslados hospitalarios desde el centro no puedan ser tolerados por el paciente.

UNIDAD DE CUIDADOS CONTINUOS

Son **candidatos a ingresar** esta unidad:

- pacientes con patología crónica incapacitante que precisen de cuidados hospitalarios médicos y enfermeros que no pueden ser asegurados en su domicilio (p. ej. tratamiento de úlceras cutáneas o antibioterapia parenteral prolongada);
- pacientes con pluripatología y frecuentes reingresos en el hospital de agudos por descompensación, siendo el objetivo la estabilización clínica previa al alta hospitalaria;
- pacientes que requieren de un periodo prolongado de convalecencia hospitalaria previo a su inclusión en programas de rehabilitación. Se incluyen en este caso pacientes con apoyo no permitido durante procesos traumatológicos, quirúrgicos o no, que precisen de un periodo de descarga;
- pacientes con posibilidades razonables de recuperación funcional a largo plazo y que requieren un periodo de tratamiento muy superior al previsto en las unidades de recuperación funcional;
- pacientes con una demencia moderada-severa, que añaden un trastorno de conducta u otra complicación que altere la convivencia familiar;
- pacientes con incapacidad funcional severa establecida, sin criterios para tratamiento rehabilitador, que ingresan por sobrecarga, claudicación o enfermedad del cuidador principal.

Criterios de exclusión:

- pacientes que puedan beneficiarse de su estancia en otras unidades del hospital.