



74 José Carlos Bermejo Higuera
Rosa Carabias Maza
Elías Díaz-Albo Hermida
Cristina Muñoz Alustiza
Marta Villacieros Durbán

Centro de Humanización de la Salud. Religiosos Camilos.
Tres Cantos, Madrid. España.

Correspondencia:

José Carlos Bermejo
Centro de Humanización de la Salud
Sector Escultores 39,
28760 Tres Cantos (Madrid)
Tfno.: 91 806 06 96
Fax: 91 804 00 33
Email: jcbermejo@humanizar.es

RESUMEN

Objetivo: analizar las causas y la adecuación de las derivaciones de ancianos institucionalizados al Servicio de Urgencias del hospital. **Método:** estudio descriptivo retrospectivo transversal sobre la población de una residencia de la Comunidad de Madrid. Se recogieron datos de 45 pacientes derivados durante el año 2008, con un total de 62 derivaciones. Derivación adecuada o pertinente fue aquella que cumpliera uno de los siguientes criterios: 1) el paciente ingresó o estuvo en observación más de 24 horas; 2) precisó ser valorado por un especialista y/o requirió pruebas diagnósticas no disponibles en el centro; y 3) necesitó tratamiento no disponible en el centro. Análisis estadístico descriptivo. **Resultados:** el 98,4% de las derivaciones cumplió los criterios de adecuación; 67% Criterio 1, 21% Criterio 2 y no otros, y 77,4% Criterio 3. La causa más frecuente de derivación fue la sospecha de fractura poscaída (32,3%). El porcentaje anual de fallecidos (22,38%) fue menor que el observado en otras residencias madrileñas, de ellos, el 15,55% falleció en el hospital.

PALABRAS CLAVE

Servicios de salud para ancianos, calidad asistencial, cuidados en la residencia, cuidado al final de la vida, uso hospitalario.

INTRODUCCIÓN

Por todos es sabido que estamos asistiendo, en los últimos años, a un progresivo interés por el cuidado a las personas mayores. Quizás, entre otros motivos, esto se deba a que el progreso tecnológico y su aplicación a la medicina hace que la esperanza de vida aumente, con lo que aumenta también la posibilidad de convivir con patologías asociadas a la edad avanzada. Quienes trabajamos para los

Derivaciones al Servicio de Urgencias del hospital en una población de ancianos residentes. Estudio retrospectivo sobre sus causas y adecuación 114

Hospital transfers from a population of elderly residents. A retrospective study about the causes and suitability

SUMMARY

Aim: to analyse the causes and suitability of elderly resident transfers to hospital emergencies service. **Methods:** a retrospective and descriptive study about the resident population in a Residence of Comunidad de Madrid. We recorded data from 45 patients transferred in 2008, out of a total of 62 transfers. A suitable or appropriate derivation was one fulfilling at least one of the following criteria: 1-the patient was admitted to hospital or stayed in observation for more than 24 hours, 2- the patient had to be seen by a specialist or required a diagnosis test that was not available in the centre, 3- the patient needed treatment that was not available in the centre. The statistical analysis was descriptive. **Results:** 98.4% of the transfers complied with the suitability criteria: 67% criterion 1, 21% criterion 2 but not other and 77% criterion 3. The most frequent cause for transfer was possible bone fracture after fall (32.3%). Annual deceased percentage (22,38%) was minor than observed in other residences in Madrid, 15,55% of them died in hospital.

KEY WORDS

Health services for the aged, quality of health care, residential care, end of life care, hospital use.

mayores y sus cuidados, especialmente los de aquellos que padecen enfermedades y deterioros físicos y cognitivos que merman sus capacidades, estamos realmente empeñados en diseñar programas y definir criterios que humanicen las relaciones con los mayores y que puedan servir de indicadores de calidad asistencial. Por ello, en este estudio hemos querido valorar el posible impacto que puede tener sobre el anciano institucionalizado una de nuestras ac-



115 tuaciones, la derivación a los Servicios de Urgencias hospitalarios (SUH).

En 1981, se estableció en Estados Unidos un Protocolo de Evaluación de la Adecuación (*Appropriateness Evaluation Protocol*, AEP) o conjunto de criterios objetivos e independientes del diagnóstico, destinado a la identificación de admisiones y estancias inapropiadas (1), seguido de la versión española validada (2) y la europea (3). Por otro lado, existe un consenso generalizado sobre la inadecuación de los ingresos hospitalarios, en términos de niveles asistenciales y plazos de tiempo, ya que se detectan ingresos que podrían haberse resuelto en niveles asistenciales inferiores y en menor tiempo (3), y sobre la inadecuación del uso de los SUH ya sea por problemas banales, de organización, sociales etc. o por la elevada accesibilidad física, administrativa, horaria, económica y por la desconfianza en el médico de cabecera (4-7).

Por otro lado, consideramos que –al igual que la hospitalización de pacientes ancianos frágiles conduce frecuentemente a la solicitud de plaza en residencia pública asistida (8) y el deterioro cognitivo se considera un factor predictor de mortalidad en ancianos residentes asistidos (9)– la derivación a ingreso hospitalario puede constituir un paso más en su deterioro. De hecho, existen estudios que sugieren que el ingreso hospitalario es, en sí mismo, un marcador de mal pronóstico y que la presencia de ingresos hospitalarios previos es uno de los mejores predictores de reingreso y mortalidad (10-11).

Dentro de este contexto, teniendo como objetivo general la mejora de la calidad de vida y el alivio del sufrimiento en el anciano residente, estudiaremos las causas y la adecuación de las derivaciones desde una residencia de la zona norte de la Comunidad de Madrid a los Servicios de Urgencias de un hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Entorno del estudio

Se trata de una residencia geriátrica que cuenta con un total de 130 plazas con una estancia media de 3,99 años y una ocupación anual del 97,32%. El centro acoge a residentes de ambos sexos afectados por algún proceso de dependencia física, psíquica o social. Cuenta con los servicios especializados de medicina, enfermería, fisioterapia, psicología, atención espiritual, trabajo social, terapia ocupacional y una unidad diferenciada con un mayor *ratio* de personal por residente y medidas de contención físicas para paliar o controlar trastornos disruptivos debidos al deterioro cognitivo asociado al buen estado funcional (fuga, dificultad en la convivencia y vagabundeo).

Diseño

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo transversal sobre la población de estancia definitiva y temporal de ancianos del año 2008. En total se revisaron 201 historias clínicas. De ellas se seleccionaron las de 45 ancianos (edad media de 85 años), por ser la población sobre la que se

realizaron un total de 62 derivaciones desde la residencia a los Servicios de Urgencias del Hospital Universitario La Paz de Madrid. 75

Variables

De la base de datos ResiPlus se extrajeron las siguientes variables registradas de forma consecutiva, entre el 1 de enero de 2008 y el 31 de diciembre de 2008: sociodemográficas (edad, sexo), sobre la temporalidad de los ingresos, causas de derivación y fallecimientos.

Para llevar a cabo nuestro estudio, haciendo un paralelismo con otros estudios, hemos considerado derivación *adecuada* o *pertinente* aquella que cumple uno de los siguientes criterios: el paciente ingresó o estuvo en observación más de 24 horas (Criterio 1), precisó ser valorado por un especialista y/o requirió pruebas diagnósticas no disponibles en la residencia (Criterio 2), necesitó tratamiento no disponible en la residencia (Criterio 3).

Se ha enfocado este análisis desde un punto de vista descriptivo, utilizando el programa SPSS Statistics, versión 17.0.

RESULTADOS

De la población total de 201 ancianos residentes del año 2008, se recogieron datos de un total de 45 que fueron derivados de la residencia al Hospital Universitario La Paz. El número total de derivaciones en 2008 fue de 62, de las cuales 42 (67,7%) se dieron en mujeres y 20 en hombres (32,3%), acorde con el dato de que la población de mujeres en la residencia también es un 45,27% mayor (72,63% y 27,36%, respectivamente).

Respecto a la temporalidad de las derivaciones, el 32,3% permaneció en el hospital menos de 24 horas y el 67,7% necesitó ingreso hospitalario (los que permanecieron en urgencias más de 24 horas también se han contabilizado como ingresos hospitalarios); de ellos, el 25,8% permaneció ingresado entre 1 día y 1 semana, el 21% entre 1 y 2 semanas, el 12,9% entre 2 y 3 semanas y el resto (8,1%) más de 3 semanas.

Podríamos dividir las causas de derivación a hospital de la residencia en tres grupos, según la frecuencia. La más frecuente fue la sospecha de fractura y su valoración que constituye casi un tercio de las derivaciones (20 casos, el 32,3%).

A continuación, las causas más frecuentes de derivación (constituyendo el 31,5%) fueron, por orden, agudización de enfermedad respiratoria (7 casos, 11,3%), tratamiento del síndrome anémico (transfusión) (5 casos, 8,1%), mal estado general (decaimiento, astenia) (5 casos, 8,1%), y alteraciones digestivas y/o del ritmo intestinal (dolor abdominal, vómitos de repetición) (4 casos, 6,5%), alteraciones de glucemia (3 casos, 4,8%) y deterioro/impotencia funcional aguda (3 casos, 4,8%).

El 36,2% restante de las derivaciones se dio por causas como agudización de enfermedad cardíaca (2 casos, 3,2%), hemorragia digestiva (2 casos, 3,2%), síndrome fe-



76 bril (2 casos, 3,2%), complicaciones posquirúrgicas (2 casos, 3,2%), alteraciones del tracto urinario en portadores de SV (2 casos, 3,2%), evolución tórpida de herida fistulizada (1 caso, 1,6%), isquemia arterial crónica (1 caso, 1,6%), tumoración cervical (1 caso, 1,6%), síncope (1 caso, 1,6%) y sospecha de TVP (1 caso, 1,6%).

De un total de 45 fallecidos en nuestra residencia en el 2008, 7 residentes fallecieron en el hospital, constituyendo el 15,55% de los fallecidos en 2008. Mientras que la estancia media de todos los ingresos (42) es de 13 días, la última derivación de los 7 fallecidos tiene una estancia media de 8 días de hospital.

El 98,4% de las derivaciones cumplió alguno de los criterios de adecuación. El 67,7% cumplió el Criterio 1 de necesidad de ingreso (superan las 24 horas de hospitalización) posterior al ingreso en el SUH, el 20,97% cumplió el criterio 2 de necesidad de valoración pero no otros y el 77,4% cumplió el Criterio 3 o necesidad de tratamiento no disponible en la residencia. Hubo un caso de no cumplimiento de ningún criterio (1,61%) que se debió a la insistencia de los familiares (preocupación) para que se realizara la derivación.

DISCUSIÓN

Aunque existen estudios que miden la calidad asistencial (12) y la calidad de vida del anciano (13) en centros gerontológicos y otras instituciones, y en ellos se menciona la derivación a consultas o a urgencias como una actuación en la que es deseable la existencia de protocolos de coordinación interniveles asistenciales (12) como indicador de calidad asistencial, no hemos encontrado ninguna publicación que establezca unos criterios de adecuación en las derivaciones desde el entorno residencial a los servicios de urgencias de hospital.

Así pues, los criterios que hemos escogido para valorar la pertinencia de las derivaciones en nuestra población de estudio son los utilizados en otros estudios (4, 14) que valoran la adecuación de los ingresos en SUH desde Atención Primaria y otros orígenes. Sin ser específico para nuestra población, consideramos pertinentes las derivaciones en las que se cumple que el paciente supera las 24 horas en SUH ya que permanece por criterio clínico y la necesidad de pruebas diagnósticas y/o el tratamiento de carácter urgente por no estar disponibles en la residencia.

Los otros estudios a los que nos referimos han sido realizados en hospitales, quizás en un intento de dar una explicación al colapso que sufren los servicios de urgencias; obtienen porcentajes de adecuación de derivación del 49,4% (14), del 50,5% (15) y 53% (4) y, entre sus conclusiones, se incluyen frases como “existe un alto índice de urgencias no justificadas y se utiliza el hospital como centro de Atención Primaria” (4), o frases que hacen referencia al gran desconocimiento por parte de la población general sobre los servicios que se ofrecen en el Sistema Público de Salud, por lo que se tiende a acudir a SUH con facilidad (14). Son poblaciones en situaciones no compa-

116 rables a la nuestra, pero también exponen que el porcentaje de ingresos y de urgencias justificadas es significativamente superior, como es nuestro caso, entre los pacientes derivados por un médico (4).

Respecto al porcentaje de ingresos o cumplimiento de Criterio 1 (67,7%), éste contrasta con el de otros trabajos -2,7% (14) ó 15,1% (15)- lo que podría estar relacionado con las características diferenciales de la población de estudio de ancianos y con su mayor fragilidad.

Respecto a los Criterios 2 y 3, si bien es cierto que es discutible su pertinencia para nuestro estudio, ya que no todos los especialistas ni todos los tratamientos no disponibles en la residencia de ancianos son precisados con carácter urgente, no es menos cierto que si el 67,7% de las derivaciones acaba en ingreso (Criterio 1) y el 77,4% necesita un tratamiento (Criterio 3), se puede asumir que la valoración de carácter urgente es pertinente como una función más del SUH.

El Instituto Nacional de Estadística (INE) especifica que el déficit osteoarticular afecta al 11,7% de los ancianos (757.413 sujetos), el déficit visual al 8,8%, el auditivo al 8,4%, el mental al 3,5%, el visceral (aparato respiratorio, cardiocirculatorio, digestivo, etc.) al 3,2% y el del sistema nervioso al 12,6 % (16), por lo que parece lógico que la fractura de cadera sea un tema de estudio y de preocupación en el anciano y esperable que en una residencia la sospecha de fractura poscaída sea la primera causa de derivación. Aun así, de las 140 caídas que hubo en la residencia en 2008, sólo 20 fueron las derivaciones que se realizaron. Otro indicador de la adecuación de dichas derivaciones podría ser la tasa de fracturas confirmadas, el 50% en este caso. Aun así, según los datos, se podría decir que sólo el 7% de las caídas acaba en fractura confirmada.

Por último, en la residencia objeto de estudio, el porcentaje anual de fallecimientos es de un 22,38% (45 sobre un total de 201 en 2008), mucho menor que el porcentaje observado sobre los fallecidos en otras ocho residencias madrileñas, el 18,3% semestral (infravalorado, según el autor, por haber perdido 63 personas en el seguimiento) (17). De estos 45 fallecidos en 2008, el 15,55% (7 ancianos) falleció en el hospital, con una estancia media de 8 días de ingreso.

Puesto que permanecen más tiempo en la residencia y, si fallecen en el hospital, es con una estancia media en días inferior a otras estancias que no acaban en fallecimiento (13 días), estos datos dejar entrever el esfuerzo realizado para mantener al anciano en el centro residencial en sus últimos días.

En la misma línea, parece que se trata de derivar al SUH para asegurar la mejor cobertura de sus necesidades y no para morir. Este tipo de dato, como se expone en otros estudios (18), se puede utilizar como indicador de calidad asistencial en el anciano institucionalizado.

Limitaciones del estudio son el hecho de que no hayamos sido capaces de recuperar los diagnósticos finales o



117 el tipo de valoraciones y especialistas que fueron precisados. En cualquier caso, ir revisando los protocolos de actuación en los centros de atención sociosanitaria o estableciendo indicadores –sean de estructura, proceso o resultado– son formas de medir el cuidado del anciano a favor de la humanización de la salud y de favorecer la calidad de vida de los usuarios. Queda pendiente para futuras investigaciones el estudio de la derivación como factor

predictivo o paso en el deterioro progresivo del anciano, recogiendo, entre otros datos, información sobre el impacto físico y psíquico asociado a la derivación. 77

AGRADECIMIENTOS

A Milagros Gil, Diplomada en Estadística, experta en análisis multivariante bajo SPSS y licenciada en Psicología, por su revisión estadística.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gertman PM, Restuccia JD. The appropriateness evaluation protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care. *Med Care* 1981; 19 (8): 855-71.
2. Peiró S, Meneu R, Rosello ML, Portella E, Carbonell-Sanchís R, Fernández C *et al.* Validez del protocolo de evaluación del uso inapropiado de la hospitalización. *Med Clin (Barc)* 1996; 107: 124-9.
3. Lang T, Liberati A, Tampieri A, Fellin G, Gonsalves L, Lorenzo S *et al.* European version of the Appropriateness Evaluation Protocol. Goals and presentation. The BIOMED I Group on Appropriateness of Hospital Use. *Int J Technol Assess Health Care* 1999; 15 (1): 185-97
4. Alonso M, Hernández R, del Busto F, Cueto A. Utilización de un Servicio de Urgencias hospitalario. *Rev San Hig Pub* 1993; 67: 3945
5. Sánchez J, Bueno A, Delgado AE, Muñoz H, Jiménez JJ, Luna JD. Atención Primaria asignada y uso de la urgencia hospitalaria. *Emergencias* 2005; 17: 251-9.
6. Sempere T, Peiró S, Sendra P, Martínez C, López I. Validez del protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias. *Rev Esp Salud Publica* 1999; 73 (4).
7. Velasco L, García S, Suárez F, Oterino F, Fernández R, Diego S. Impacto de los ingresos urgentes innecesarios sobre las estancias hospitalarias en un hospital de Asturias. *Rev Esp Salud Publica* 2005; 79 (5): 541-9.
8. Mora J, Silveira LJ, Calcerrada N, Maganto MA, Merino C, Ribera JM. Análisis del índice de consecución de residencia pública asistida tras ingreso hospitalario en ancianos frágiles. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2009; 44 (4): 186-93.
9. Salinero MA, Cruz AJ, Regal RJ 2005. Factores predictores de mortalidad de una cohorte clínica de pacientes ancianos. *Aten Prim* 2005; 36 (9): 480-6.
10. Almagro Mena PJ, Josep Lluís Heredia Budó, Ferran Morell Brodat. Factores pronósticos de reingreso y mortalidad en pacientes hospitalizados por descompensación de enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Universitat Autònoma de Barcelona (España), 2007. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=5578>.
11. Rosenberg AL, Watts C. Patients readmitted to ICUs. A systematic review of risk factors and outcomes. *Chest* 2000; 118: 492-502.
12. Álvarez M. Calidad asistencial en centros gerontológicos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2007; 42 (Supl. 1): 75-85.
13. Lobo A, Santos MP, Carvalho J. Anciano institucionalizado: calidad de vida y funcionalidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2007; 42 (Supl. 1): 22-6.
14. Bouzas E, López C, Cerrada E, Olalla J, Menéndez JL. Adecuación de las derivaciones desde Atención Primaria al Servicio de Urgencias hospitalario en el Área 9 de Madrid. *Emergencias* 2005; 17 (5): 215-9.
15. González-Grajera B, Mendoza R, Hinojosa J, Buitrago F. Adecuación de las derivaciones médicas a un Servicio de Urgencias hospitalario. *Aten Prim* 1995; 16 (7): 433-6.
16. INE. Madrid. 1999. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud
17. Tobaruela JL, Ribera JM. Residencias: perfil del usuario e impacto del ingreso. Universidad Complutense de Madrid (España), 2003. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=17526>.
18. Menec VH, Nowicki S, Blandford A, Veselyuk D. Hospitalizations at the End of Life Among Long-Term Care Residents. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2009; 64 A (3): 395-402.