



ORIGINAL BREVE

Efectividad de la revaloración de ingresos de pacientes con mala situación funcional

Cristina Alonso Bouzón^{a,*}, Roberto Petidier Torregrossa^a, Pedro Paulo Marín Larraín^b y Leocadio Rodríguez Mañas^a

^a Servicio de Geriátría, Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España

^b Programa de Geriátría y Gerontología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 8 de marzo de 2009

Aceptado el 12 de junio de 2009

On-line el 30 de diciembre de 2009

Palabras clave:

Anciano

Ingreso inadecuado

Valoración geriátrica

Urgencias

Efectividad

R E S U M E N

Introducción: Entre los dispositivos asistenciales en los que el riesgo de ineficiencia y de iatrogenia es mayor para los ancianos se encuentran los hospitales de agudos. El término de ingreso inadecuado define aquellos ingresos cuyo objetivo podría haberse realizado ambulatoriamente o en un nivel asistencial de menor grado de cuidados. Nosotros hemos diseñado una intervención en el Servicio de Urgencias de nuestro Hospital (Hospital Universitario de Getafe, Madrid) con el objetivo de disminuir el porcentaje de ingresos inadecuados en pacientes ancianos.

Material y métodos: Un geriatra revaloró la indicación de ingreso en pacientes mayores de 75 años con dependencia grave establecida en cualquiera de las dos áreas por valorar (física y cognitiva/mental) y que fueran a ser ingresados en la Unidad de Agudos.

Resultados: De los 380 pacientes reevaluados, 240 fueron dados de alta en lugar de ser ingresados. Se los derivó a diferentes niveles asistenciales: 123 (51,25%) a seguimiento por la Unidad de Cuidados Comunitarios, 12 (5%) a otros hospitales de menor complejidad de cuidados (unidad de paliativos y/o unidad de cuidados continuados) y 8 (3,34%) a nuestras consultas externas. Al evitar 240 ingresos, se estima que se han evitado 1.992 estancias, lo que supone un ahorro de 619.512 euros.

Conclusiones: Los programas de valoración de pacientes ancianos por geriatras en el servicio de urgencias y la disponibilidad de niveles asistenciales son recursos efectivos para evitar ingresos inadecuados.

© 2009 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Effectiveness of reevaluation of admission of patients with poor functional status

A B S T R A C T

Introduction: Acute care hospitals are one of the healthcare settings that pose the greatest risk of inefficiency and iatrogeny in the elderly. The term "inappropriate admission" refers to those admissions that could have been dealt with in an outpatient clinic or in a hospital with a lower level of care. We designed an intervention in the Emergency Department of our hospital (Hospital Universitario de Getafe, Madrid) with the aim of reducing the percentage of inappropriate admissions in the elderly.

Material and methods: A geriatrician reevaluated admissions of patients aged 75 years old and above, with established severe dependence in either of the two areas evaluated (physical and cognitive) and who were candidates for admission to the Acute Unit.

Results: Of 380 patients who were reevaluated, 240 were discharged instead of being admitted. These patients were referred to different levels of care: 123 patients (51.25%) were monitored in the Community Care Unit, 12 (5%) were referred to other hospitals with a lower level of care (Palliative Unit and/or Long Term care Unit) and 8 patients (3.34%) were sent to the outpatient clinic. By avoiding 240 admissions, an estimated 1992 stays were prevented, representing a saving of 619,512 euros.

Conclusion: Assessment of elderly patients by geriatricians in the Emergency Department and the availability of distinct levels of care are effective resources to avoid inappropriate admissions.

© 2009 SEGG. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Elderly

Inappropriate admission

Geriatric assessment

Emergency department

Effectiveness

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: calonso.hugf@salud.madrid.org (C. Alonso Bouzón).

Introducción

El aumento de los costes sanitarios y la limitación de recursos son la causa del interés creciente por lograr una máxima eficiencia, especialmente en aquellos grupos de población que más precisan de los recursos sanitarios, que en la sociedad desarrollada son los ancianos. Uno de los niveles asistenciales en los que el riesgo de ineficiencia y de iatrogenia es mayor es en el nivel hospitalario de alta complejidad, es decir, en los hospitales de agudos, habiéndose acuñado el término de ingreso inadecuado para definir aquellos ingresos cuyo objetivo (diagnóstico o terapéutico) podría haberse realizado ambulatoriamente o en un nivel asistencial de menor grado de cuidados¹. Las causas más frecuentes de ingresos inadecuados fueron, en pacientes que viven en la comunidad, la realización de pruebas o tratamientos que podrían haberse hecho ambulatoriamente¹ y, en pacientes institucionalizados, eventos terminales o eventos triviales en el contexto de enfermedades crónicas².

Desde principios de los 80, años en los que surge el término de ingreso inadecuado, se han evaluado numerosas estrategias para reducir estos ingresos inadecuados con resultados variables: consultas de especialistas de alta resolución³, valoración de ancianos en residencias, equipos multidisciplinares en el servicio de urgencias⁴, etc.

Durante el año 2006 y el primer trimestre del 2007, se estimó en la Unidad de Agudos del Hospital Universitario de Getafe (Madrid), mediante la valoración geriátrica integral al ingreso, un porcentaje de ingresos inadecuados del 30%. De ellos, el 70% eran en pacientes ancianos con mala situación funcional. Para disminuir este porcentaje de ingresos inadecuados, se diseñó un programa de intervención cuyos resultados se presentan en este trabajo.

Método

El Hospital Universitario de Getafe es un hospital del área 10 de Madrid que en el año 2007 atendía a una población de 320.915 personas, de las que el 4,7% eran mayores de 75 años. La Unidad de Agudos del Servicio de Geriátrica atiende entre 1.700-1.800 ingresos/año y de ellos el 98% proviene del Servicio de Urgencias. El Servicio de Urgencias, constituido en un 100% por médicos internistas y médicos de familia, atendió 92.028 urgencias durante el año 2007, de las que el 16,59% fueron pacientes mayores de 75 años.

A partir de abril de 2007, se puso en marcha un programa de revaloración de ingresos en el Servicio de Geriátrica. Puesto que la mayor carga de ingresos inadecuados se concentraba en pacientes con alta senilidad, alto grado de dependencia y que vivían en medio residencial, se establecieron los siguientes criterios. Los pacientes mayores de 75 años, con dependencia grave establecida (Escala de Cruz Roja ≥ 4)⁵ en cualquiera de las dos áreas funcionales por valorar (física y cognitiva/mental), con ingresos previos en el Servicio de Geriátrica o sin ingresos en el Hospital Universitario de Getafe y que tras ser valorados por los médicos del Servicio de Urgencias tuviesen, a juicio de ellos, indicación de ingreso hospitalario fueron evaluados por un geriatra. Esta revaloración por un especialista en Geriátrica se llevó a cabo según el siguiente esquema: los pacientes que acudían a la urgencia de 8.00 a 14.00 h en día laboral eran valorados en ese horario por la geriatra asignada, los que acudían en día laboral por la tarde o noche y cumplían los criterios establecidos permanecían en la observación para revaloración a la mañana siguiente, y los pacientes que acudían en fin de semana ingresaban directamente sin ser valorados por el Servicio de Geriátrica al carecer de geriatra de guardia.

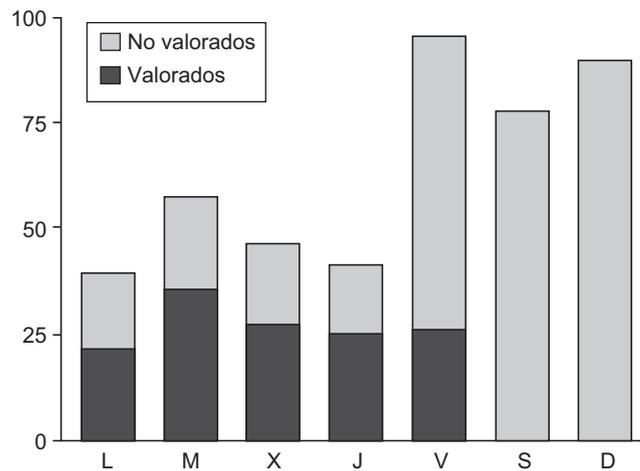


Figura 1. Ingresos de pacientes con mala situación funcional según el día de la semana.

Resultados

En el período comprendido entre el 1 de abril de 2007 y el 31 de marzo de 2008, se realizaron 380 revaloraciones de ingreso. La edad media de los pacientes evaluados fue de 88,3 años y de ellos, el 76% fueron mujeres.

Los motivos de consulta más frecuentes que motivaron su asistencia en Urgencias fueron infección del tracto urinario (110 pacientes [28,95%]), infección respiratoria (102 pacientes [26,85%]), reagudización de patología cardio-respiratoria (94 pacientes [24,73%]), trastornos de la deglución y/o de la alimentación (34 pacientes [8,95%]) y otros trastornos del comportamiento (29 pacientes [7,6%]).

De las 380 revaloraciones, 240 pacientes (62,3%) en los que el médico de la Urgencia había decidido su ingreso fueron dados de alta desde la Urgencia por considerarse inadecuado el ingreso. La derivación de los pacientes se distribuyó del siguiente modo: 123 (51,25%) a seguimiento por la Unidad de Cuidados Comunitarios, 82 (34,17%) para control por su médico de residencia, 15 (6,25%) para control por su médico de Atención Primaria, 12 (5%) fueron derivados a otros hospitales de menor complejidad de cuidados (unidad de paliativos y/o unidad de cuidados continuados) y 8 pacientes (3,34%) fueron remitidos a consultas externas de Geriátrica.

A pesar del programa, durante ese año ingresaron en el Servicio de Geriátrica 451 pacientes con mala situación funcional. De ellos, la mayoría (311 [69%]) ingresaron sin ser reevaluados por Geriátrica, bien porque ingresaron en el fin de semana (237 [52,55%]) o porque hubo violación de protocolo al no avisar a Geriátrica para su reevaluación (74 [16,4%]) (fig. 1).

Considerando que la estancia media en la Unidad Geriátrica de Agudos del Servicio de Geriátrica del Hospital Universitario de Getafe fue de 8,3 días en el período evaluado, se puede estimar, al evitar 240 ingresos, que se han evitado 1.992 estancias. A un coste medio de 311 euros/estancia, supone un ahorro de 619.512 euros.

Discusión

En nuestra Unidad Geriátrica de Agudos el porcentaje estimado de ingresos inadecuados mediante la valoración geriátrica integral al ingreso durante el año 2006 fue del 30%. En otros trabajos en los que se utilizó el Appropriateness Evaluation Protocol (AEP, 'Protocolo de Evaluación del Uso Inapropiado de la Hospitalización') como herramienta para evaluar la idoneidad del ingreso, los

porcentajes encontrados varían desde el 4,5 al 28%^{1,8-10}. El AEP, así como otras escalas desarrolladas para identificar ingresos inadecuados que se diseñaron para población general, utiliza criterios referentes a la condición del paciente y a la intensidad de los cuidados prestados, sin considerar aspectos básicos de la atención geriátrica. El porcentaje de ingresos inadecuados identificado en nuestra Unidad Geriátrica de Agudos concuerda con la bibliografía previa, a pesar de no haber utilizado el AEP para ello.

Nuestro programa de intervención (la revaloración de la indicación de ingreso en pacientes con mala situación funcional) ha demostrado ser efectivo. Las claves del éxito de esta medida han sido no sólo la valoración geriátrica en el Servicio de Urgencias, sino también el disponer de diferentes niveles asistenciales, especialmente la Unidad de Cuidados Comunitarios, que garantizan la adecuada atención y el seguimiento de los pacientes. El dar de alta pacientes que otros médicos consideran candidatos al ingreso no supone una negativa a un tratamiento, sino su ubicación en el nivel asistencial más adecuado. Sin disponer de estos recursos, probablemente los resultados no hubiesen sido los mismos.

El trabajo tiene varias limitaciones importantes. La primera, el disponer de un geriatra solamente los días laborables en horario de mañana para la revaloración de ingresos. Los pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias durante el fin de semana e ingresaron directamente distorsionan los resultados. Además, algunos pacientes que acudieron a la Urgencia durante la tarde o la noche de los días laborables y que fueron valorados por nosotros al día siguiente fueron ingresados por complicaciones derivadas de su estancia prolongada en el Servicio de Urgencias (pautas móviles de insulina en pacientes diabéticos, indicaciones de dieta absoluta, desarrollo de delirium, etc.) que podrían evitarse con una intervención más ágil. Una mayor cobertura, en fin de semana e incluso 24h durante la semana, podría mejorar estos resultados. La segunda, se ha limitado la valoración a pacientes con mala situación funcional por ser en este grupo en el que se concentra el mayor porcentaje de ingresos inadecuados y por no disponer de personal suficiente que permita evaluar a todos los ancianos. Tercero, no se ha evaluado el impacto de nuestra intervención sobre determinados indicadores sanitarios de calidad asistencial (segundas visitas a urgencias, ingreso

posterior, complicaciones médicas posteriores, etc.) y el cálculo de costes se ha limitado al derivado del ingreso hospitalario sin tener en cuenta el uso de recursos por los pacientes que fueron dados de alta, ya que en este trabajo no se ha realizado un seguimiento de éstos.

La adecuación de los recursos (existencia y coordinación de todos los niveles asistenciales) y la utilización adecuada de éstos por profesionales especialmente entrenados en su manejo (geriatras) constituyen la base de una adecuada atención sanitaria al anciano. En el Servicio de Urgencias, la valoración de los ancianos por geriatras es una medida efectiva para disminuir el porcentaje de ingresos inadecuados.

Bibliografía

- Rodríguez-Vera J, De la Llave EP. Inappropriate admissions. *J R Soc Med.* 2001;94:628-31.
- Snape J, Santharam MG. Inappropriate acute admissions from nursing and residential homes. *Age Ageing.* 1997;26:320-1.
- Falces C, Sadurní J, Monell J, Andrea R, Ylla M, Moleiro A, et al. Consulta inmediata ambulatoria de alta resolución en cardiología: 10 años de experiencia. *Rev Esp Cardiol.* 2008;61:530-3.
- Caplan GA, Williams AJ, Daly B, Abraham K. A randomized, controlled trial of comprehensive geriatric assessment and multidisciplinary intervention after discharge of elderly from the emergency department: The DEED II Study. *J Am Geriatr Soc.* 2004;52:1417-23.
- Guillén F, García A. Ayuda a domicilio. Aspectos médicos en Geriátrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 1972;4:339-46.
- Gertman PM, Restuccia JD. Related articles. The appropriateness evaluation protocol: A technique for assessing unnecessary days of hospital care. *Med Care.* 1981;19:855-71.
- Peiró S, Meneu R, Roselló 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.
- Velasco D, García R, Oterino, Suárez G, Diego R, Fernández A. Impacto de los ingresos urgentes innecesarios sobre las estancias hospitalarias en un hospital de Asturias. *Rev Esp Salud Pública.* 2005;79:541-9.
- González-Montalvo JJ, Baztán JJ, Rodríguez-Mañas L, San Cristóbal E, Gato A, Ballesteros P, et al. Emergency hospital admission in medical services: Causes, justification, social factors, and their differences in function of age. *Med Clin (Barc).* 1994;103:441-4.
- Luquero A, Santos S, Pérez R, Tamames G, Canton A, Castrodeza S. Factores determinantes de la estancia inadecuada en un hospital de tercer nivel. *Gac Sanit.* 2008;22:48-51.