

Manuel Heras^{a,*}, María José Fernández-Reyes^a, María Teresa Guerrero^b y Rosa Sánchez^a

^a Servicio de Nefrología, Hospital General de Segovia, Segovia, España

^b Servicio de Geriatría, Hospital General de Segovia, Segovia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: manuhebe@hotmail.com, mherasb@saludcastillayleon.es (M. Heras).

doi:10.1016/j.regg.2010.12.004

Descripción de la actividad asistencial en un centro sociosanitario; características clínicas de los pacientes ingresados

Description of care activity in a social welfare centre; clinical characteristics of the patients admitted

Sr. Editor:

La población española envejece progresivamente, actualmente el 17% tiene más de 65 años, con una estimación del 31% para el año 2050¹, lo que conlleva un aumento de personas con limitación funcional. Disponemos de escasos estudios realizados en centros sociosanitarios, y aunque los ancianos institucionalizados representan sólo el 3% en España, debería promoverse la investigación en ellos para mejorar la atención que reciben². La mayoría de estudios está limitada a aspectos concretos como hipertensión arterial³, dolor, malnutrición⁴, diabetes⁵, demencia, infección⁶. . . por ello se ideó un estudio para conocer las características sociodemográficas y clínicas de la población atendida durante el año 2009, basado en los datos recogidos en la historia clínica y en el informe de alta.

El Centro Sociosanitario Casal de Curació de Vilassar de Mar (Barcelona) dispone de 112 plazas. En 2009 ingresaron 229 pacientes. La edad media fue 80,34 años. El 66,4% correspondió a mujeres. Ingresaron en la unidad de larga estancia el 64,25%, en convalecencia el 27,9%, en régimen privado el 5,2% y el 2,6% como paliativos. La causa más frecuente de ingreso en larga estancia fue el descanso familiar (38); en convalecencia, la fractura femoral (11); en privados, el deterioro del estado general (2) y el AVC (2), y en paliativos, la neoplasia (3). Ciento diecinueve pacientes procedían del hospital, 86 de domicilio, 21 de centros sociosanitarios y 3 de residencia. Los pacientes presentaban 6,99 ± 2,8 antecedentes patológicos y tomaban 8,34 ± 3,58 medicamentos. La especialidad de cardiología presentó el mayor número de procesos con 323. La patología más prevalente fue la HTA con 138. Se detectaron 76 neoplasias, la más frecuente la de próstata con 17. Se presentaron 2,48 ± 1,32 síndromes geriátricos por paciente, el más frecuente fue polifarmacia (27,6%), seguida de la incontinencia (14,4%), la alteración del sueño (14,3%) y el estreñimiento (13,6%). El índice de Barthel global previo fue 71,93 ± 28,63, al ingreso 47,66 ± 23,58 y al alta 68,58 ± 25,70. En la *tabla 1* se detalla por unidades junto a otras características sociodemográficas y clínicas de los pacientes. Se produjeron 49 defunciones.

La mayoría de pacientes ingresados fueron mujeres, con una relación de 2:1 en todas las unidades excepto en paliativos (1:1). La edad media fue superior en mujeres y refleja la situación de la población general, con un aumento de la proporción de mujeres con el incremento de la edad. Los hombres presentaban más antecedentes patológicos y un mayor número de medicamentos, reflejo de como envejece la población; las mujeres mayores gozan de una mejor salud por norma general y además existen más cuidadoras

que cuidadores principales; en cambio, presentan mayor promedio de síndromes geriátricos (excepto en privados y paliativos, que representaron el 7,9% de ingresos). Procedía del hospital el 51,96%, en convalecencia el 76,56%, mientras que en larga estancia el 43,54% (en esta unidad provenían de domicilio el 44,22%). La diferencia radica en las causas de ingreso, pues en convalecencia fueron fracturas, AVC o intervenciones quirúrgicas, como en otros estudios^{6,7}, y en larga estancia la causa principal fue el descanso familiar.

Salvà-Casanovas et al⁸ encontraron que los pacientes que ingresaban en convalecencia también provenían mayoritariamente del hospital (83,9%), la estancia media en larga estancia fue de 174,5 días, en convalecencia de 40,8 y en cuidados paliativos de 21,4. En nuestro estudio fueron 131,15 días, 73,09 y 17,5, respectivamente. Para Sánchez Ferrín et al⁶ la estancia media en convalecencia fue de 60 días.

La población anciana que vive en la comunidad presenta una mayor prevalencia de síndromes geriátricos^{9,10} que la detectada en nuestro estudio, según Corrales et al⁹: polimedicación en un 46,2% frente a un 27,7% en nuestro caso; insomnio en un 32,1% frente a un 14,3%; alteración de los sentidos en un 31,6% frente a un 10,2% e incontinencia urinaria en un 30,7% frente a un 14,5%, respectivamente. Para Mussoll et al¹⁰: alteración de los sentidos en un 21,4%, insomnio en un 19,84%, incontinencia urinaria en un 15,87%.

La HTA es el factor de riesgo cardiovascular más prevalente en mayores de 65 años. El estudio Geriatric HTA³ estimó una prevalencia de HTA del 62,15% en ancianos institucionalizados, similar a la nuestra (60,26%); superior en mujeres, con un 64,7%, frente al 55,9% en hombres, también en nuestro estudio, 65,13 y 50,65%, respectivamente. En la población geriátrica la DM es muy prevalente, alrededor del 20%, 24,89% en nuestro estudio, inferior al 27,4% de Alaba Trueba⁵, con un claro predominio en mujeres, como en nuestro estudio, en que la DM se presentó en un 68,42% frente al 31,58% en hombres.

En la población anciana española⁴ la prevalencia de malnutrición es del 3,8%, en pacientes institucionalizados llega al 7,7%. Esteban et al¹¹ obtuvieron una prevalencia del 9,1% en residencias. En nuestro centro se detectó malnutrición en un 12,68%. Esta mayor prevalencia se podría explicar porque los estudios precedentes tienen una década y en este tiempo la implantación de la atención geriátrica en la comunidad⁸, las actividades preventivas de salud, la detección temprana de enfermedades cardiovasculares, procesos neoplásicos y síndromes geriátricos, y la potenciación de la atención domiciliar han permitido que la mayoría de las personas mayores viva en su domicilio. Así, aquellos que ingresan en un centro sociosanitario presentan una mayor complejidad que los que ingresan en una residencia.

Como conclusión, nuestra historia clínica es una buena aproximación a la realidad, como se constata al comparar con otros estudios, aunque sería conveniente disponer de una historia clínica validada en el ámbito sociosanitario.

Tabla 1
Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes ingresados por unidad asistencial

		Convalecencia	Larga estancia	Privado	Paliativos
<i>Pacientes</i>	<i>N (%)</i>				
Total	229 (100)	64 (27,9)	147 (64,2)	12 (5,2)	6 (2,6)
Hombres	77 (33,6)	17 (26,56)	53 (36,05)	4 (33,33)	3 (50)
Mujeres	152 (66,4)	47 (73,44)	94 (63,95)	8 (66,67)	3 (50)
<i>Edad</i>	<i>Media ± DE</i>				
Total	80,34 ± 11,34	79,55 ± 8,57	80,83 ± 12,15	80,58 ± 12,54	76,33 ± 15,93
Hombres	77,61 ± 12,12	77,35 ± 9,90	78,02 ± 12,56	74,75 ± 10,5	75,67 ± 22,37
Mujeres	81,72 ± 10,71	80,34 ± 8,0	82,41 ± 11,68	82,62 ± 13,06	77 ± 11,53
<i>Antecedentes</i>	<i>Media ± DE</i>				
Total	6,99 ± 2,81	7,36 ± 2,68	6,82 ± 2,85	7,42 ± 3,15	6,5 ± 2,88
Hombres	7,64 ± 3,12	7,94 ± 3,25	7,43 ± 3,08	9,25 ± 4,42	7,33 ± 1,53
Mujeres	6,66 ± 2,60	7,15 ± 2,44	6,47 ± 2,68	6,5 ± 2,1	5,67 ± 4,04
<i>Síndromes geriátricos</i>	<i>Media ± DE</i>				
Total	2,48 ± 1,32	2,71 (1,61)	2,54 (1,27)	2,42 (1,38)	3 (2,88)
Hombres	2,38 ± 1,43	2,12 (1,32)	2,30 (1,34)	3,25 (1,71)	4 (2,65)
Mujeres	2,53 ± 1,25	2,36 (1,37)	2,67 (1,21)	2 (1,07)	2 (0)
<i>Medicamentos</i>	<i>Media ± DE</i>				
Total	8,34 (3,58)	8,77 ± 3,74	8,14 ± 3,48	8,42 ± 3,73	8,5 ± 4,42
Hombres	8,35 (3,10)	8,12 ± 3,12	8,21 ± 3,16	10,75 ± 1,89	9 ± 3,46
Mujeres	8,33 (3,81)	9 ± 3,94	8,1 ± 3,67	7,25 ± 3,96	8 ± 6
<i>Procedencia</i>	<i>N (%)</i>				
Hospital		49 (76,56)	64 (43,54)	3 (25)	3 (50)
Domicilio		15 (23,44)	65 (44,22)	4 (33,33)	2 (33,33)
Otros		0	18 (12,24)	5 (41,67)	1 (16,67)
<i>Estancia media</i>	<i>Días</i>	73,1	131,15	145,33	17,5
<i>Índice de Barthel</i>	<i>Media ± DE</i>				
Previo		88,21 ± 18,79	64,07 ± 28,49	61,67 ± 35,87	65 ± 52,2
Ingreso		53,89 ± 20,57	45,37 ± 25,01	35,83 ± 19,08	27,5 ± 24,65 ^a
Alta		81,16 ± 21,79	60,89 ± 25,04	57,5 ± 25	
<i>Exitus</i>	<i>N (%)</i>				
Total	49 (21,4)	4 (8,16)	40 (81,63)	1 (2,04)	4 (8,16)
Hombres	20 (40,82)	0	18 (45)	0	2 (50)
Mujeres	29 (59,18)	4 (100)	22 (55)	1 (100)	2 (50)

DE: desviación estándar; N: número.

^a No valorable debido al número de defunciones en la unidad asistencial.

Bibliografía

- Cantalapiedra M. El envejecimiento demográfico en España. Fuentes estadísticas 2020;68.
- Rodríguez Artalejo F, Banegas JR. Investigación clínicoepidemiológica en las residencias de mayores. Med Clin (Barc). 2006;127:695-6.
- Martín-Baranera M, Sánchez Ferrín P, Armario P. Prevalencia de hipertensión arterial en ancianos ingresados en centros sociosanitarios y residencias españolas. Estudio Geriatric HTA. Med Clin (Barc). 2006;127:681-7.
- Ramon JM, Subirà C. Prevalencia de malnutrición en la población anciana española. Med Clin (Barc). 2001;117:766-70.
- Alaba Trueba J. Diabetes mellitus y calidad de vida en población geriátrica institucionalizada. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2007;42:16-21.
- Sánchez Ferrín P, Carral Rodríguez E, Alaez Álvarez F, Quintana Riera S. Incidencia de infección adquirida en un centro sociosanitario. Med Clin (Barc). 2001;117:406-9.
- Fontanals MD, Martínez F, Vallés E. Evaluación de la atención sociosanitaria en Cataluña. La experiencia del programa Vida als Anys. Rev Esp Geriatr Gerontol. 1995;30:189-98.
- Salvà-Casanovas A, Llevadot D, Miró M, Vilalta M, Rovira JC. La atención geriátrica. Uno de los grandes ejes de la atención sociosanitaria en Cataluña. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2004;39:101-8.
- Corrales D, Palomo L, Magariño MJ, Alonso G, Torrico P, Barroso A, et al. Capacidad funcional y problemas socioasistenciales de los ancianos del área de salud de Cáceres. Aten Primaria. 2004;33:426-33.
- Mussoll J, Espinosa MC, Quera D, Serra ME, Pous E, Villarroya I, et al. Resultados de la aplicación en atención primaria de un protocolo de valoración geriátrica integral en ancianos de riesgo. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2002;37:249-53.
- Esteban M, Fernández-Ballart J, Salas J. Estado nutricional de la población anciana en función del régimen de institucionalización. Nutrición Hospitalaria. 2000;15:105-13.

Josep Guil Sànchez

Centre Socio-Sanitari Casal de Curació de Vilassar de Mar, Vilassar de Mar, Barcelona, España

Correo electrónico: josep.guil@curacio.e.telefonica.net

doi:10.1016/j.regg.2010.12.006