



EDITORIAL

¿Es adecuado reducir la hospitalización en pacientes institucionalizados?

Is it appropriate to reduce hospital admissions in institutionalised patients?

Isidoro Ruipérez Cantera

Servicio de Geriatria, Hospital Central de la Cruz Roja, Madrid, España

«El gran envejecimiento de la población está también en la causa y en la complicación de la crisis económica», manifestaba en fechas recientes un alto dirigente sanitario de nuestro país. Así, no es de extrañar que la costosa hospitalización de las personas mayores esté cada vez más en entredicho, y se busquen formas y alternativas para poder evitarla, contribuyendo de esta forma a la «sostenibilidad del sistema sanitario», dicen. Desde la Geriatria conocemos esos costes y los riesgos de los hospitales. Pero también sabemos de sus insustituibles ventajas y de que, sin duda, el mayor riesgo de la hospitalización es la no-hospitalización del anciano cuando se precisa. Además, es precisamente la persona mayor quien mejor utiliza los servicios de urgencia de los hospitales y la adecuación de sus estancias hospitalarias. Todo ello es compatible con la permanente búsqueda de la eficiencia asistencial y la optimización de unos recursos siempre limitados.

Para reducir la hospitalización de los pacientes ancianos, en este caso, de los 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.

Ya hay experiencias contrastadas que han utilizado el primero de los caminos. A destacar dos. En EE.UU. la calidad de las residencias geriátricas colaboradoras del Medicare y Medicaid mejoró con la aplicación del RAI (*Resident Assessment Instrument*), identificando causas tratables de problemas comunes. Las restricciones físicas disminuyeron un 25% y el uso de catéteres un 29%, al tiempo que se redujo el descenso de las actividades de la vida diaria (AVD) en participación social y de las funciones cognitivas, a todo lo cual se achacó la disminución de la hospitalización en un 26% (del 20,5% anual en 1990 al 15,1% en 1993), sin cambios en la mortalidad o en las altas¹. La otra experiencia, más reciente, es la aplicación del programa Evercare en las *nursing homes* norteamericanas, detectando y actuando sobre ancianos vulnerables, reduciendo a la mitad la hospitalización del grupo de intervención respecto al control (2,4% al mes vs. 4,6%), suponiendo un ahorro de hospitalización por año y enfermera de 103.000\$². Actualmente se está llevando a cabo en el Reino Unido una adaptación del programa Evercare³.

En nuestro entorno se está haciendo más énfasis en el segundo y tercer camino. Conocida es la escasez de medios de muchas de nuestras residencias. Se ha señalado que la atención a la larga estancia es un área infrafinanciada y con recursos insuficientes en la mayoría de los países europeos, donde la mayoría de las personas mayores no reciben antes una valoración integral para determinar su potencial terapéutico y de rehabilitación, lo que hace que, con frecuencia, se pase por alto la complejidad de sus necesidades de asistencia sanitaria y social⁴.

Los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) están abiertos las 24 horas del día 365 días al año. Son un nivel asistencial clave para atender a las necesidades sanitarias urgentes de los ancianos. Esas necesidades, y siguiendo los criterios de Atención Primaria son, entre otras, situaciones clínicas tan frecuentes como: insuficiencia cardiaca crónica con aumento de disnea, sospecha de intoxicación digitalica, de tromboembolismo pulmonar, de angina o infarto, neumonía, EPOC con signos de insuficiencia respiratoria, sospecha de ictus o infecciones⁵. Por lo tanto, es lógico su amplio uso por las residencias de ancianos. Así, en una reciente revisión sistemática se ha visto que el 30% de los residentes son remitidos anualmente a un SUH, de los cuales al menos el 40% son ingresados en el hospital, siendo el casemix muy variado lo que impide comparar los estudios publicados, por lo que es fundamental seguir investigando en este campo⁶.

Son bien conocidas las dificultades que existen para llevar a cabo una adecuada valoración geriátrica integral en un SUH, debido a la escasez de tiempo disponible y a la alta presión asistencial. Todo ello para tomar decisiones tan importantes como, por ejemplo, que más del 90% de los ingresos hospitalarios procedan de ahí. De las diferentes experiencias llevadas a cabo para adecuar los SUH a los ancianos, son las diferentes formas de gestionar algunas camas con tiempos de estancia muy breves las más eficientes. En una experiencia, con todos los niveles asistenciales geriátricos disponibles y una adecuada coordinación asistencial en el área, el tiempo medio de estancia fue de 37 horas, el 35% de los pacientes procedían de residencias, de los que ingresaron un 28%, reduciéndose en un 18% los ingresos totales en la Unidad Geriátrica de Agudos (UGA)⁷. En otra experiencia similar se demostró que una pérdida funcional al ingreso (PFI) superior o igual al 20% del índice de Barthel basal o del 35% del índice de Lawton, era siempre causa de ingreso hospitalario⁸. Quizás a caballo entre la optimización y la restricción pueda estar otra experiencia, llevada a cabo también desde el

Véase contenido relacionado en DOI: [10.1016/j.regg.2011.03.001](https://doi.org/10.1016/j.regg.2011.03.001)

Correo electrónico: iruipez@hccruz@salud.madrid.org

ámbito de la Geriátría, donde eran revalorizados por un geriatra los pacientes mayores de 75 años con importante dependencia funcional y/o mental establecida, y que ya tenían indicación de ingreso hospitalario según los médicos del SUH. De esta manera se evitó el ingreso al 62,3% de los mismos, una tercera parte de los cuales volvieron a su residencia de origen. Los propios autores reconocen como limitación del estudio el no seguimiento de los pacientes no ingresados⁹.

El tercer camino, el de la no-hospitalización por criterios previos establecidos es, probablemente, el que más simpatías y apoyo tiene desde la macroeconomía de la salud, pero necesita de la justificación, pretexto o coartada de una base científica. Y parece que en esas estamos. Si se amplían los criterios de *terminalidad*, disminuirán los márgenes de *recuperación*, condición básica para justificar la hospitalización. En este sentido apunta un trabajo multicéntrico que se está llevando a cabo en nuestro país y conocido como «Proyecto PALIAR». Asume como criterios de inclusión, entre otros, un índice de Barthel menor de 60 puntos, o un Minimalist menor o igual de 18 puntos, o un test de Pfeiffer mayor o igual de 7 puntos, o una insuficiencia cardíaca crónica con un grado III de la NYHA o superior... En cualquiera de estas circunstancias se pasaría a situación de terminalidad si apareciera algún evento nuevo como por ejemplo: úlceras por presión, disfagia, o desnutrición grave... Eso sí, es necesario que «al médico del paciente no le sorprendería que el enfermo falleciera en los próximos 6 meses»¹⁰. Incluso cuando los criterios de terminalidad están claros, se debe de ser enormemente prudente a la hora de decidir, como directriz avanzada, la orden de no-hospitalización, pues ya se han comunicado situaciones de pacientes con necesidades puntuales y breves, donde al seguir estrictamente dicha orden en las residencias, han planteado problemas éticos importantes en algunos estados norteamericanos¹¹, algo que muy probablemente ya esté pasando en algunas partes de nuestro país, especialmente donde existe el respaldo de algunas legislaciones recientes que lo favorecen.

En el presente número de REGG Díaz-Gerúndez et al. publican un trabajo que, afortunadamente, escoge el primer camino de los antes mencionados¹². Son 10 las residencias cuyos ancianos se benefician de una intervención tan básica como necesaria e importante. Los resultados, en comparación con el grupo control, son enormemente agradecidos y casi espectaculares: disminuyen la demanda de atención en el SUH, los ingresos hospitalarios y el consumo farmacéutico; en las 14 residencias del grupo control aumenta todo. Quizás sin pretenderlo, los autores ponen en evidencia la necesidad que existe de aumentar la calidad asistencial y los medios en, el importante mundo de las residencias de ancianos.

Hace ya 76 años que la Dra. Marjory Warren asumió el cuidado de 858 pacientes ancianos aparentemente crónicos y terminales. Gracias a que su trabajo lo pudo desarrollar en el medio hospitalario, sus resultados fueron revolucionarios y pudo nacer la Geriátría¹³. Hoy ya tenemos evidencia científica clara de que todas las personas de más de 70 años, que son atendidas por la Geriátría hospitalaria,

con criterios de ingreso amplios en edad y dependencia, procedan de domicilio o de residencia, se benefician significativamente de esa atención específica; al menos en menor pérdida funcional al alta y en una mayor reinserción en la sociedad¹⁴. También sabemos que los que más se benefician de la hospitalización, con mediciones objetivas, son los ancianos con fragilidad y con gran pérdida funcional al ingreso o en gran riesgo de perderla¹⁵. Pero no sólo ellos. Los que llenan las residencias, muy ancianos, pluripatológicos, con algún grado de dependencia... no deben de dejar de acudir al hospital e ingresar siempre que lo precisen. Trabajar coordinados o integrados entre los dos niveles (residencia/hospital) es algo prioritario. Si no lo hacemos nosotros otros lo harán. Ya lo están haciendo.

Bibliografía

- Mor V, Intrator O, Fries BE, Philips CH, Teno J, Iris J, et al. Changes in hospitalization associated with introducing the resident assessment instrument. *J Am Geriatr Soc.* 1997;45:1002-10.
- Kane RL, Keckhafer G, Flood S, Bershadsky B, Siadaty S. The effect of evercare on hospital use. *J Am Geriatr Society.* 2003;51:1427-34.
- Nacional Primary and Care Trust. Implementing the Evercare Programme. [consultado 24 Abr 2011]. Disponible en: <http://www.natpact.info/cms/186.php>.
- Cruz-Jentoft AJ, Franco A, Sommer P, Baeyens JP, Jankowska E, Maggi A, 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.
- Guía de Actuación en Atención Primaria. 2.ª ed. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. EdDe: 2002.
- Arendts G, Howard K. The interface between residential aged care and the emergency department: a systematic review. *Age Ageing.* 2010;39:306-12.
- Pareja T, Hornillos M, Rodríguez M, Martínez J, Madrigal M, Mauleón C, et al. Unidad de observación de urgencias para pacientes geriátricos: beneficios clínicos y asistenciales. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009;44:175-9.
- Fernández C, Martín FJ, Fuentes M, González del Castillo J, Verdejo C, Gil P, 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.
- Alonso C, Petidier R, Marín PP, Rodríguez L. Efectividad de la revalorización de ingresos de pacientes con mala situación funcional. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2010;45:19-21.
- Bernabeu-Wittel M, Ruiz-Cantero A, Murcia-Zaragoza J, Hernández-Quiles C, Barón-Franco B, Ramos-Cantos C, 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.
- Shah T, Shah BK. Do-not-hospitalize order: is it absolute? *J Am Geriatr Society.* 2010;58:1220-1.
- Díaz-Gegúndez M, Paluzie G, Sanz-Ballester C, Boada-Mejorana M, Terré-Ohme S, Ruiz-Poza D. Evaluación de un programa de intervención en residencias geriátricas para reducir la frecuentación hospitalaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2011. doi:10.1016/j.regg.2011.03.001.
- Warren MW. Care of chronic sick: a case for treating chronic sick in blocks in a general hospital. *BMJ.* 1943; ii:822-3.
- Baztán JJ, Suárez-García FM, López-Arrieta J, Rodríguez-Mañas L, Rodríguez-Artalejo F. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. *BMJ.* 2009;338:b50.
- Abizanda P, León M, Romero L, Sánchez-Jurado PM, Luengo C, Domínguez L, et al. La pérdida funcional al ingreso, principal variable explicativa de discapacidad y mortalidad al alta y al mes en ancianos hospitalizados. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2007;42:201-11.