

Reubicación de los Pacientes Ancianos del Servicio de Medicina Interna en los Recursos Sanitarios y/o Sociosanitarios más Adecuados

Cots Reguant F y grupo de trabajo de mejora IMAS*
Servicio de Estudios del IMAS (Institut Municipal d'Assistència Sanitària)
y Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios del IMIM (Institut Municipal d'Investigació Mèdica)
Hospital del Mar, Barcelona
fcots@imas.imim.es

Resumen

Dos terceras partes de los pacientes del servicio de Medicina Interna (MI) del Hospital del Mar de Barcelona superan los 65 años. Estos pacientes presentan una estancia media 4,25 días más elevada que el estándar de comparación.

El objetivo es determinar cuáles son las necesidades de atención alternativa a la hospitalización convencional de los pacientes atendidos en un servicio de Medicina Interna.

Material y métodos

Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar que valoró retrospectivamente una muestra de casos atendidos por el servicio de MI y determinó qué recursos alternativos a la hospitalización de agudos hubieran mejorado la asistencia dada al paciente y en qué momento del ingreso debería haberse producido la reubicación.

Se analizaron 54 casos de pacientes mayores de 65 años que presentaron una estancia superior a la esperada, según estándares GRD, dados de alta durante el año 2000.

Resultados

La estancia media de los pacientes analizados fue de 13,6 días de manera que superaba en 5,05 días la estancia media del estándar GRD. En un 54% de los casos (29) no se observó posibilidad de reubicación alternativa anterior al momento del alta en MI. Por el contrario, en 25 casos (46%) se determinaron posibles mejoras en el recurso asistencial posible. En 11 casos la "atención a domicilio" fue contemplada, en 8 casos el paciente podría haber sido dado de alta de haber existido una mejor coordinación con los servicios diagnósticos median-

* Grupo de trabajo: Sanz Salvador X, Miralles Basseda R, Díez Pérez A, Cervera Alemany AM, Bastida Cerqueda M, Esperanza Sanjuan A, Roig de Mariana M, Garreta Burriel M, Robles Raya M^aJ, Manzanera López R, Varela Pedragosa J.)

te mejoras en el "hospital de día diagnóstico" y en 6 casos, la reubicación a recursos "socio-sanitarios" hubiera sido aconsejable. Extrapolada la muestra al conjunto de la actividad del servicio de MI en el año 2000, se hubieran podido evitar un total de 1.763 estancias en camas de agudos, lo que significa 5,7 camas al 85% de ocupación.

Conclusiones

Si bien se tenía la hipótesis que eran la convalecencia y otros recursos de media y larga estancia socio-sanitaria aquellos que podrían mejorar la estancia media de MI, se comprobó que la atención ambulatoria de estos pacientes era la opción que más veces se consideró apropiada. En este sentido el grupo de mejora concluyó su trabajo proponiendo la puesta en marcha de un programa de atención domiciliaria, así como la potenciación del hospital de día diagnóstico.

Palabras clave: Continuidad asistencial. Envejecimiento. GRD.

Reallocation of Elderly Patients of Internal Medicine to most Appropriate Health Care Resources.

Abstract

Two third parts of patients of the Internal Medicine service (IM) of "Hospital del Mar" from Barcelona overcome 65 years. These patients present 4.25 days higher than standard average length of stay.

Aim is to determine which are the needs of alternative care to conventional hospitalisation of inpatients assisted in a service of Internal Medicine.
Material and methods

A multidisciplinary group that valued in retrospective way a sample of cases assisted by the Internal Medicine service, was created. This group determined which alternative resources respect acute hospitalisation would have improved level of care offered to patient and in which moment transfer should have done.

Fifty-four patients discharged in 2000 over 65 years that presented a length of stay higher than standard length of stay by DRG, were analysed.

Results

Analysed patients showed a length of stay of 13.6 days, 5.05 days higher than standard length of stay adjusted by DRG. Fifty-four percent (29) of patients showed adequate acute length of stay without possibility to transfer to another facility before discharge. On the contrary, in 25 cases (46%) possible improvements were found. In 11 cases home care was the way of improvement considered, in 8 cases patients would have been discharged of having existed a better outpatient test circuit through a day care facility; and in 6 cases, long-term care facility would had been the better alternative. Extrapolated sample analysed to whole of Internal Medicine activity in period 2000, 1,763 hospital days could have been avoided, this means 5.7 beds with an occupation rate of 85%.

Conclusions

Although main hypothesis were that convalescence and other long-term care resources were alternatives that could improve length of stay of Internal Medicine, it was detected that ambulatory care facilities were the more appropriate options. Thus, group concluded proposing progress of a home care program, as well as encouraging development of day diagnosis care facility.

Key words: Continuity of patient care. Ageing. DRG.

Introducción

Los pacientes del servicio de Medicina Interna del hospital del Mar de Barcelona presentaban una estancia media muy superior a la norma de comparación. En concreto, los pacientes de Medicina Interna mayores de 65 años incurrían en una estancia de 4,25 días por encima del estándar.

La edad media de los pacientes del servicio junto con problemas de reubicación de los enfermos en otros niveles de atención no de agudos, podrían explicar esta desviación. Dada la relevancia de la situación, se formó un grupo de trabajo para el diagnóstico del problema y la propuesta de soluciones. El grupo de trabajo contaba con la presencia de representantes del servicio de medicina interna, convalecencia, enfermería del Hospital del Mar (de agudos) y del Centro Geriátrico de la misma institución. También formaron parte del grupo de trabajo la dirección del Institut Municipal de Assistència Sanitària de Barcelona, la Unidad Funcional de Interdisciplinaria Sociosanitaria (UFISS), la Unidad de Trabajo Social y el Servicio de estudios (planificación) que actuó como dinamizador y coordinador del grupo¹.

En la primera reunión del grupo de trabajo se constató que el problema se había ya tratado con anterioridad, centrándolo en las hipótesis de trabajo en la relación entre los servicios de Medicina Interna y Convalecencia. De estos

contactos previos, se concluyó que las necesidades generadas por los pacientes de Medicina Interna no coincidían con los criterios de ingreso y los objetivos del Servicio de Convalecencia. También se destacó el intento de la creación de una Unidad Geriátrica en el Hospital del Mar para enfermos geriátricos en 1999 que no se consolidó debido a las tensiones que se crearon entre ambos servicios. En tercer lugar, se puso de manifiesto que Trabajo Social y UFISS, a pesar de su intensa labor, no podían dar salida a muchos enfermos por falta de recursos asistenciales alternativos. Por otro lado su dependencia de diferentes servicios, provocaba cierta imagen de descoordinación desde el punto de vista de los servicios clínicos.

Métodos

Para determinar cuáles eran las necesidades reales de los pacientes atendidos en el servicio de Medicina Interna se propuso estudiar retrospectivamente un número representativo de pacientes. Se hizo una prueba piloto en la que representantes clínicos y de enfermería analizaron dos historias clínicas. El tiempo necesario para revisar una historia se pudo aproximar en unos 25 minutos. Se creyó imposible destinar unas 24 horas (55 historias) distribuidas en unas seis sesiones de cuatro horas a las cuales debían asistir un mínimo de ocho personas de servicios asisten-

ciales o bien de soporte. Por todo ello, se diseñó una recogida sistemática de información de las historias clínicas para que una persona experta pudiera llevarla a cabo y, por tanto, las reuniones de análisis se redujeran a tres de una duración de dos horas cada una. Se construyó un sencillo aplicativo sobre Access con un formulario de entrada de datos con el máximo de campos cerrados de elección discreta para que el profesional que realizara el vaciado de la historia clínica la rellenara directamente. También se diseñó un formulario de consulta para la discusión normalizada de los casos en el grupo de trabajo.

El criterio de inclusión propuesto por el grupo de trabajo fue el de pacientes mayores de 65 años de los meses de febrero, mayo y octubre del año 2000 y que presentaran una estancia superior a la del estándar por el GRD al que se había asignado². 111 pacientes respondían a este criterio y de ellos se seleccionaron aleatoriamente la mitad⁵⁵.

El grupo de trabajo determinó cuales eran las variables relevantes en la caracterización de enfermo dependiente y con problemática sociosanitaria:

Grado de independencia funcional (física y psíquica) antes del ingreso.

Grado de dependencia funcional en el momento del alta.

Las técnicas sanitarias que caracterizan la necesidad de atención especializada: ulceraciones, oxigenoterapia, tratamiento endovenoso, vías y sondas.

Diagnósticos que el paciente mantenía en el momento en que se creía que ya presentaba un estado mejorado del proceso agudo.

Se propusieron una serie de alternativas al destino y momento del alta con-

vencional descrita en la historia clínica del paciente analizado. La definición de las alternativas se hizo de forma maximalista, de manera que se entendía que estos recursos asistenciales alternativos existían, eran de la mayor calidad posible y tenían capacidad suficiente. Seguidamente se enumeran las alternativas propuestas al alta convencional:

- Hospital a domicilio.
- Convalecencia.
- Unidad de subagudos.
- Larga estancia.
- Domicilio sin asistencia.

Resultados

Se analizaron finalmente 54 casos con una estancia media de 13,63 días. La estancia media del estándar comparable por casuística hubiera sido de 8,58. La diferencia no explicada es de 5,05 días.

Las causas de esta desviación según los resultados del análisis de los 54 casos se han podido agrupar según criterios altamente concordantes: (ver Tabla 1 y Figura 2)

Casos con estancias adecuadas: 29 casos (54%) que se creyó habían tenido un proceso adecuado y no aportaron ningún posible ahorro de estancias.

Casos con estancias inadecuadas por falta de dispositivo asistencial alternativo que facilitase el alta de la cama de agudos: 17 casos (30%) que explicaron 2,66 días de la diferencia global (el 52% de la diferencia).

Casos con estancias inadecuadas debidas a la voluntad de los clínicos de acelerar el proceso diagnóstico o no justificadas (razones organizativas internas): 8 casos (15%) que explican 1,3

Tabla 1: Soluciones alternativas a la hospitalización convencional. Impacto en estancias.

Solución	Casos	Estancia media actual	Estancia media ideal	Estancia media inadecuada	Estancias inadecuadas	Extrapolación anual en casos	Extrapolación en estancias inadecuadas
Estancia adecuada	29	12,5	12,5	0	0	238	0
Recursos sociosanitarios Alternativos	17	14,6	6,2	8,5	144	140	1.184
Atención domiciliaria	10	14,1	6,3	7,8	78	82	641
Camas de subagudos	3	10,3	2,3	8	24	25	197
Camas de larga estancia	2	21	9,5	11,5	23	16	189
Camas de convalecencia	1	21	14	7	7	8	58
Hospital a domicilio	1	14	2	12	12	8	99
Coordinación de pruebas diagnósticas y otros aspectos de microgestión clínica	8	15,5	6,7	8,8	70	66	579
Subtotal inadecuado	25	14,9	6,3	8,6	214	206	1.763
Total	54	13,6	9,6	4,0	214	444	1.763

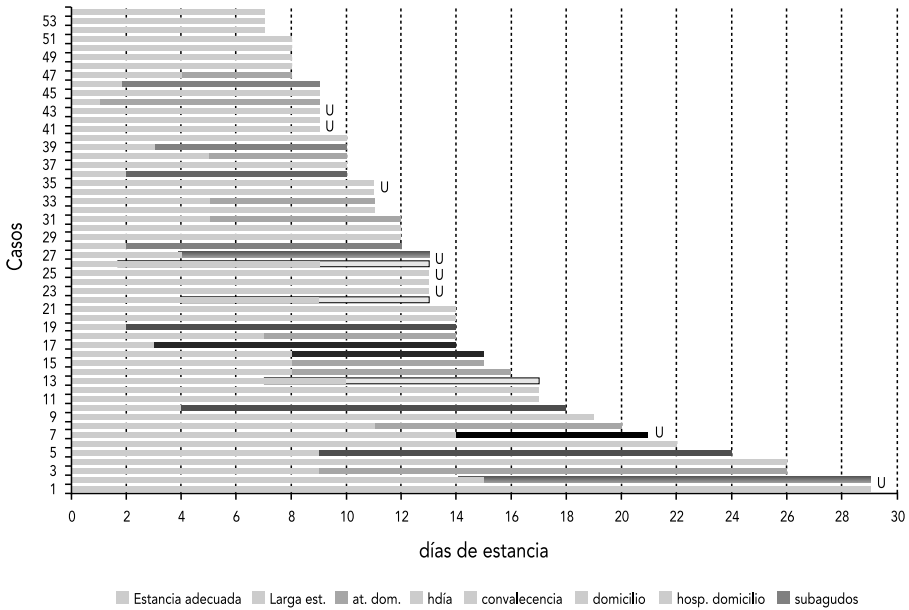


Fig. 1: Descripción de los días inadecuados por caso

días de la diferencia global (el 26% de la diferencia).

La parte no explicada de la diferencia de estancias respecto del estándar es de 1,1 días (el 22% de la diferencia).

El Servicio de Medicina Interna durante el año 2000 registró 444 casos que respondían al perfil de edad superior a 65 años y estancia media superior a la de la norma. De la extrapolación de los resultados del análisis se desprende que serían 140 los casos que podrían mejorar si se encontraran a tiempo los dispositivos sociosanitarios alternativos y 66 casos podrían mejorar su estancia media por razones de mejora de organización interna del hospital y del propio servicio. En total, las mejoras introducidas en 206 casos podrían reducir 1.763 estancias que sería equivalente a 5,7 camas.

Discusión

La determinación de posibles alternativas tenía como eje central la Unidad de convalecencia del Servicio de Geriátría del IMAS. Por el contrario la mayor disponibilidad de camas de convalecencia no ha sido una alternativa relevante en la discusión de los casos. La atención domiciliaria fue la alternativa más relacionada con la realidad de los casos estudiados cuando la necesidad de reubicación era por razones de atención sanitaria diferente a la prestada por una unidad de agudos³.

Por otro lado, ha habido razones para la reubicación que han respondido a motivos organizativos del propio hospital y/o servicio, y que se han demostrado cuantitativamente muy relevantes. Un porcentaje importante de la estancia media sobrante se explica por

causa de procesos de estudio diagnóstico que podrían haberse realizado ambulatoriamente pero que se han realizado hospitalizados por la consideración de los clínicos que el circuito hospitalario era más rápido que el circuito ambulatorio actual.

En todo caso, en la muestra no han aparecido casos especialmente llamativos de los conceptualizados como "bed-blocker" si no que ha habido un porcentaje elevado (46%) de los casos que han presentado posibilidades de mejora que se concretan en una cantidad reducida de días de estancia (8 en promedio sobre un total de 15 días de estancia media).

UFISS y Trabajo Social han participado en el estudio de nueve casos. Cuatro han sido casos considerados adecuados, dos eran los casos tributarios de larga estancia, uno era el tributario de convalecencia, uno respondía a un caso de atención domiciliaria y el último debía haber sido dado de alta a domicilio.

Muchos de los casos de la atención domiciliaria han sido casos que necesitaban un control farmacológico y en un número muy relevante de casos, eran pautas de tratamiento anticoagulante⁴. La decisión de considerar que el estudio y pauta del sintrom podía hacerse mediante la atención domiciliaria deja entrever la importancia cualitativa que debe representar este recurso y el nivel de coordinación que debe presentar con relación a los responsables clínicos del Servicio de Medicina Interna del hospital⁵.

Si no es posible la unidad de atención domiciliaria o bien el hospital a domicilio, los casos considerados tributarios de alternativas asistenciales al hospital de agudos podrían ser tributarios de una unidad con un componente concreto de enfermería muy

diferenciado del que supone una cama convencional de medicina. No parece que este tratamiento alternativo pueda extender la estancia final del paciente y, en consecuencia, el consumo final de recursos y la adecuación de tratamiento final sería claramente favorable.

Los criterios de inclusión tanto de edad como de servicio limitan el impacto del estudio, ya que otras personas mayores con dependencias sociosanitarias atendidas en otros servicios y personas con edades inferiores a los 65 años, podrían beneficiarse de alternativas a la hospitalización convencional.

Conclusiones

El grupo de mejora y la metodología empleada impidió el cruce de afirmaciones no validadas cuantitativamente.

La comodidad del proceso se pudo conseguir por la profesionalización de la logística del mismo.

Los resultados son lógicos aunque sorprendieron a los propios profesionales en algunos aspectos.

Las alternativas propuestas pueden tener un resultado importante en los resultados asistenciales del hospital.

La puesta en marcha de estas alternativas es ahora el objetivo fundamental.

Propuestas

1. No adecuación de estancias por falta de dispositivos alternativos.

La definición estratégica de las diferentes líneas de producto del Centro Geriátrico no concuerdan con las demandas detectadas.

La alternativa es la creación de líneas de atención alternativas a la atención hospitalaria de agudos convencional.

Atención domiciliaria: curas y soporte familiar. Proyecto independiente con financiamiento adicional.

Hospital de día: potenciar su actividad respecto al control farmacológico.

Integración con Atención Primaria: transversal.

2. No adecuación de estancias por razones organizativas.

Los estudios diagnósticos incrementan la estancia, ya que la posibilidad de realizar un determinado estudio durante el ingreso es más rápido y cómodo para el paciente que hacerlo en régimen ambulatorio donde las listas de espera diagnóstica son más dilatadas.

Agilización de los circuitos de petición de pruebas: priorización de los circuitos de petición de pruebas en régimen ambulatorio para enfermos ingresados. Hospital de día diagnóstico: multiprogramación.

Gestora de pacientes: personal de enfermería que puede realizar el seguimiento integral del proceso asistencial, agilizando y relacionando pruebas y tratamientos.

Citas bibliográficas

1. Cots F, Sanz F, Miralles R, Díez A, Cervera AM, Esperanza A, et al. VI Jornadas de gestión y evaluación de costes sanitarios. Madrid, 2002. Impacto del envejecimiento sobre el consumo de estancias en un servicio de Medicina Interna.
2. García-Eroles L, Illa C, Arias A, Casas M. Los Top 20 2000: objetivos, ventajas y limitaciones del método. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 107-116.
3. Vass A. Elderly patients to receive cash to speed up hospital discharge. *BMJ* 2002; 325:179-179.
4. Pou J, Vicens C, Ferrer J, García A, Serra S, Juan V, et al. Propuesta de pilotaje de control de anticoagulación oral en Atención Primaria. *Gestión y evaluación de costes sanitarios* 2002; 3:57-64.
5. Garattini L, Cornago D, Tediosi F. A comparative analysis of domiciliary oxygen therapy in five european countries. *Health Policy* 2001; 58: 133-149.