



Título:
Coordinación entre los hospitales de agudos y los centros de media y larga estancia: definición de perfiles de pacientes.

Autor: Juan Ignacio González Montalvo
 Unidad de Geriátria
 Hospital Universitario "La Paz"
 Madrid

Mesa: Hospitales de media y larga estancia. Situación actual y futuro.

Día 26/6/02 (9-10,30 horas). Sala A.

1. La situación de partida

Las relaciones entre los hospitales generales y los centros de media y larga estancia no son actualmente todo lo fluidas que sería deseable. Sus intereses y objetivos no siempre son coincidentes. En los primeros son considerados *valores* de interés una serie de aspectos como el enfoque curativo de la enfermedad, la inclinación por las patologías difíciles de diagnosticar y tratar, el culto a la alta tecnología o la atención hacia la reducción progresiva de la estancia media y la "deshospitalización" de procesos y pacientes. Entre sus *amenazas* figuran la elevada presión asistencial que soportan, el enfoque parcelado que tienen de la enfermedad y los enfermos y el frecuente desconocimiento de otros niveles asistenciales de fuera del hospital. Por el contrario, entre los *valores* que predominan en los centros de media y larga estancia figuran el enfoque "cuidador", el asistir a patologías más habituales, una mayor orientación hacia el tratamiento integral de los pacientes, una menor presión asistencial y una mayor integración en su entorno. Entre las *amenazas* se encuentra el, a veces difícil, acceso a la tecnología, la necesidad de coordinación con otros niveles para la derivación de pacientes, el riesgo de una indicación inadecuada de ingreso desde los hospitales de agudos o la infravaloración de sus cometidos por parte de profesionales de esos hospitales. El resultado de estas diferencias entre ambos se materializa en una serie de consecuencias: dificultades de comprensión, ausencia de objetivos comunes, mala utilización de los recursos existentes y, en definitiva, una mejorable asistencia sanitaria.

2. Un método para la identificación de los diferentes perfiles de pacientes

Partiendo de la idea básica de que diferentes tipos de pacientes necesitan diferentes recursos tras el alta hospitalaria podemos establecer e intentar consensuar un diagrama de decisiones que tenga en cuenta una serie de aspectos individuales de cada paciente: la fase de la enfermedad, el grado de su incapacidad funcional y mental, el objetivo terapéutico o asistencial que se persigue y el grado de apoyo social de que dispone en la comunidad. De este modo, la valoración integral y multidisciplinaria del caso facilita la definición de los pacientes candidatos al ingreso en el hospital de agudos, en una unidad de media estancia ó de convalecencia, en una unidad de larga estancia, en una residencia de ancianos o a recibir tratamiento en el hospital de día ó en asistencia domiciliaria.

3. Transmisión de una experiencia

En el Hospital Universitario “La Paz”, la Unidad de Valoración Geriátrica tiene una experiencia de ocho años en la valoración y seguimiento intrahospitalario y en el apoyo a la derivación en el momento del alta de más de 6.500 pacientes geriátricos complejos. La aplicación de un instrumento como el mencionado más arriba ha permitido diferenciar una serie de perfiles de pacientes, pasada la fase aguda, que pueden caracterizarse en varios grupos:

- a) pacientes estables y sin deterioro funcional (candidatos a tratamiento en domicilio por su equipo de atención primaria),
- b) pacientes con deterioro leve (subsidiarios de seguir tratamiento en hospital de día),
- c) pacientes con incapacidad moderada en fase de recuperación funcional (candidatos a traslado a unidades de media estancia),
- d) pacientes con deterioro funcional importante y necesidad de atención personal con escaso apoyo social en la comunidad (que precisan ingreso en residencias de ancianos) y
- e) pacientes con deterioro severo y necesidad de cuidados sanitarios prolongados, principalmente de enfermería (subsidiarios de tratamiento en unidad de larga estancia).

La evaluación de estos pacientes muestra diferencias clínicas relevantes y estadísticamente significativas entre sus grupos. Sin embargo, su clasificación y correcta derivación no se produce a menos que reciba una valoración integral (multidimensional y multidisciplinaria).

4. Análisis de recomendaciones de mejora

Se han hecho algunos intentos para mejorar tanto la planificación del alta como la derivación a otros niveles desde los hospitales de agudos. En concreto, el documento del INSALUD “Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores” (1996) abordaba e intentaba normalizar este tema.

Posteriormente, importantes documentos como son el “Informe de valoración del Plan Gerontológico estatal, 1992-1997” o el informe de la Oficina del Defensor del Pueblo sobre “La atención sociosanitaria en España” (2000) sacan a la luz y reflexionan sobre las enormes carencias existentes en la coordinación entre niveles.

Posteriormente, la Subcomisión Sociosanitaria del Consejo Interterritorial del SNS en su informe “Bases para un modelo de atención sociosanitaria” insiste de nuevo en la urgente necesidad de abordar la coordinación intersectorial y entre niveles asistenciales. Pero pone todo el énfasis en la coordinación con los servicios sociales y desde la atención primaria y sin abordar el problema de la relación entre los hospitales.

Observando las experiencias de otros sistemas asistenciales de nuestro entorno, existen algunos con un grado de coordinación más elaborado y contrastado en la práctica como son el programa “Vida als anys” en Cataluña ó la asistencia al anciano en el Reino Unido. Ambos sistemas basan la relación entre hospitales de agudos y unidades de media y larga estancia en la presencia en el hospital general de equipos multidisciplinarios con formación y dedicación a la medicina geriátrica y que se encargan de la coordinación (las UFISS en Cataluña) e incluso la integración (los Servicios de Geriátrica en el Reino Unido). Por último, tanto la Asamblea de las Naciones Unidas de 1982, como el I Congreso Estatal de Personas Mayores (1998), ó la 6ª Conferencia de Ministros de Salud de Europa (1999), hacen recomendaciones en este sentido.

