

El Protocolo del anciano frágil como instrumento sociosanitario eficaz en el Hospital

Maria Teresa Martín Acero

Universidad Complutense de Madrid. Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología.
Ciudad Universitaria, s/n. - 28040 Madrid
mmartina.hcsc@salud.madrid.org

Resumen: El mapa demográfico mundial revela el progresivo aumento del envejecimiento de la población, lo cual sitúa en un primer plano la preocupación por la atención sanitaria y social de este grupo demográfico. En España, se han desarrollado diferentes iniciativas para dar respuesta a las necesidades de las personas mayores dependientes. En Madrid desde Septiembre de 2005 se puso en marcha un Protocolo para la atención a personas mayores en situación de especial fragilidad. El Hospital Clínico San Carlos, lo tiene implantado desde el año 2006. El objetivo de este estudio es comparar el número de ingresos y de visitas al Servicio de Urgencias del Hospital Clínico de los pacientes frágiles incluidos en el Protocolo, frente a los pacientes frágiles que no fueron incluidos, recibiendo la atención sociosanitaria habitual. El diseño de la investigación se plantea como una serie de casos con un grupo control dentro de una cohorte clínica retrospectiva, en pacientes que estuvieron ingresados en el hospital Clínico durante el año 2007. Las Variables dependientes, de resultado, son: el número de veces que acude a Urgencias y el número de ingresos hospitalarios durante el 2007. Las Variables independientes son: motivo de la asistencia a urgencias, diagnóstico al alta de cada ingreso, variables sociodemográficas, situación socioeconómica, grado de dependencia e inclusión en recursos sociales y sanitarios.

Palabras clave: Personas mayores. Personas frágiles. Alto riesgo socio sanitario. Calidad de vida.

Summary: World-wide, the demographic map shows a progressive increase of aging population. That means that the sanitary and social assistance of this demographic group is one of the actual main problems of the society. Different efforts have been done in Spain to solve the necessities of the old dependent people. From September 2005 it has developed a protocol to attend this population in Madrid that has been established at Hospital Clínico in 2006. The objectives of this study is to analyze the number of old dependent patients attend in the emergency service of the Hospital Clínico and to compare the patients included in the specific protocol with those that received the usual cares. The design of the study is retrospective analysis of a cohort of

cases with a control group of patients assisted in 2007. The dependent parameters analyzed were the number of assistances in the emergency service and the number of patients admitted in hospitalization Áreas in 2007. The independent variables were the reason for the emergency attendance, the clinical final diagnosis, the social and demographics variables, the dependence scale and the inclusion in special social or sanitary resources.

Key words: Greater people. Fragile people. High risk sanitary partner. Quality of life.

INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACION

La realidad actual esta modificando de manera importante tanto el entorno social como el sanitario. Los cambios socioeconómicos y demográficos acaecidos en los últimos decenios, el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la natalidad conducen a un envejecimiento general de la población¹. Este aumento convierte el envejecimiento poblacional en el fenómeno demográfico más importante de finales del siglo XX y principios del XXI en los países desarrollados. Según el informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento de 2002 realizada en Madrid, uno de cada diez habitantes del planeta supera ahora los 60 años y se espera que en el año 2050 una de cada cinco supere esta edad². España para esas fechas será el país más viejo del mundo.

Con relación a la población mayor en España, en el último siglo se ha producido un rápido crecimiento con respecto a otros grupos de edad. Mientras la población general se ha duplicado, la de mayores se ha multiplicado por seis. Según los últimos datos de las Naciones Unidas, en España, la proporción de personas mayores de 60 años en el año 2005 era del 21,4% y de mayores de 80 años el 4,1%³. Se prevé que para el año 2050 estas cifras sean del 39,7% y 12,3% respectivamente. Se calcula que en España alcanzan cada mes los 65 años unas 35.000 personas⁴.

La distribución territorial del envejecimiento en España muestra que las CC.AA. de Cataluña, Andalucía y Madrid eran, y siguen siendo, las regiones con mayor número de personas de edad empadronadas en sus municipios⁵.

El aumento de la longevidad tiene importantes repercusiones en los aspectos relacionados con la salud de los mayores. Las patologías que fundamentalmente padecen las personas mayores son actualmente de tipo crónico degenerativas; en términos de porcentaje, más del 60% de los mayores declara padecer una enfermedad crónica diagnosticada por un médico. Son personas frecuentemente polimedicadas, que tienen mayor riesgo de fragilidad o incapacidad y, por tanto, de una posible dependencia de cuidadores informales o del sistema sanitario. De hecho, el 23% de la población española mayor de 65 años es dependiente en cuanto a las actividades de la vida cotidiana⁶.

Todo esto lleva consigo un incremento de las necesidades y de la demanda de atención sociosanitaria, requiriendo cada vez con mayor frecuencia atención en el domicilio o instituciones sociosanitarias de cuidados a corto y largo plazo⁷. Ante este aumento notable de población anciana que se dará en los próximos años, y el probable aumento de situaciones de dependencia, es importante desarrollar programas de atención y cuidados que ayuden a mejorar la calidad de vida en este grupo de población⁸.

Marco legal

Se han desarrollado en los últimos años multitud de Informes, recomendaciones, documentos tanto a nivel Internacional, estatal como autonómico sobre atención sociosanitaria, y continuidad entre niveles asistenciales.

En España La Ley de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud regula que la atención especializada garantizará la continuidad de la atención integral del paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que aquel pueda reintegrarse en dicho nivel (Art 13.1). Asimismo la Ley de Ordenación de las profesiones sanitarias recoge que el ejercicio de las profesiones ha de realizarse de acuerdo a diferentes principios, entre los que se incluye “la continuidad asistencial de los pacientes” (Art 4.7d.).

En Madrid con varios proyectos anteriores, todavía vigentes, como Atención al Anciano Polimeditado y Atención al Mayor dependiente en Septiembre de 2005 , se firmó el Proyecto de Colaboración entre el la Dirección General de Mayores del Ayuntamiento de Madrid y el Servicio Madrileño de Salud para llevar a cabo actuaciones de carácter social y sanitario destinadas a personas mayores en situaciones de especial fragilidad para aumentar la capacidad de estas personas de permanecer en sus domicilios y llevar una vida acorde con sus capacidades y posibilidades⁹:

Mayores de 75 años, con problemas sociales y sanitarios por dependencia de cuidados, que requieran una atención conjunta y respondan al perfil de Alto Riesgo Sociosanitario.

Se trata de un proyecto integrador, entre diferentes niveles de atención sanitaria y Servicios públicos locales (Hospital, Atención Primaria y Servicios Sociales del Ayuntamiento), en consonancia con la orientación mayoritaria en los países de la OCDE. y cuyo principal objetivo es conseguir que el paciente/usuario dependiente pueda estar en su domicilio teniendo a su disposición los recursos sanitarios y sociales que sean necesarios y consiguiendo una atención integral y continuada.

Los Mayores de 75 años en la Comunidad de Madrid representaban en el año 2004 más de 275.000 personas, de los que se estiman 90.000 solos y 14.000 solos y dependientes¹⁰.

En el Hospital Clínico en el año 2005 fueron 8485 los pacientes ingresados de más de 75 años, de los cuales extrapolando los datos de la Comunidad podría estimarse que más de un 10% de estos pacientes podrían estar en situación de dependencia y precisar una actuación sociosanitaria al alta. Atención Especializada esta prestando servicios a una población cada vez mas envejecida y con múltiples problemas sociosanitarios.

El Hospital Clínico recoge dentro de su plan de Atención Estratégico 2006-2009 líneas de coordinación asistencial entre niveles para poblaciones desfavorecidas entre las que se encuentra el Anciano Frágil.

La implantación y desarrollo del Protocolo de Atención a estas personas es una realidad en el Hospital desde Mayo de 2006 siendo liderado por la Dirección de Enfermería, y resultando ser el Hospital del Área metropolitana de Madrid que mas casos ha registrado y notificado durante el año 2007, según el ultimo informe de seguimiento del protocolo por La Comisión Interinstitucional del Servicio Madrileño de Salud y el Ayuntamiento de Madrid. Mayo 2008¹¹.

La Enfermera gestora del programa Anciano frágil en el Hospital facilita la coordinación entre profesionales de los diferentes niveles con la detección y notificación de los casos, para potenciar una respuesta única y eficiente en la atención integral a la salud de esta población frágil al alta hospitalaria en domicilio, pero quedan muchos interrogantes en relación al día después del Alta, quedan muchas áreas de mejora entre niveles, puestas de manifiesto en todas las reuniones de seguimiento, algunas como la comunicación de Primaria a Especializada en relación a posibles retornos del paciente al ámbito hospitalario¹², constituyen un reto importante por el impacto asistencial y de costes que conlleva en el ámbito hospitalario.

La sensibilización ante el tema, el creer firmemente que el Protocolo del Anciano frágil de la Comunidad de Madrid representa una oportunidad para dar respuestas a esta población en especial desamparo¹³ y el estar en la actualidad realizando la gestión del programa del Anciano Frágil en el Hospital Clínico San Carlos me ha motivado para la presentación de este Estudio de Investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Braun T, Garcia Castrillo-Riesgo, Krafft G, Diaz-Regañon V. Frecuentación al Servicio de Urgencias y factores demográficos. Gaceta Sanitaria. 2002; 16(2): 139-144.
2. Casado Marín D. Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro. Madrid: Fundación la Caixa; 2001. Disponible en:

http://www.un.org/esa/population/publications/WPP2004/2004Highlightsfinal_revised.pdf

3. II Asamblea Internacional del Envejecimiento, abril 2002. Plan Internacional sobre envejecimiento 2002. Versión oficiosa. Disponible en: <http://www.madrid2002-envejecimiento.org>
4. Instituto Nacional de Estadística. Censos de Población Española 2001. Disponible en: <http://www.ine.es>
5. Ayuntamiento de Madrid, Servicio Madrileño de salud. Informe de seguimiento del Protocolo de coordinación sociosanitaria para la atención de personas mayores en situación de fragilidad del año 2007. Madrid; 2008.
- 6/7 Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Plan de acción para las personas mayores 2003-2007. Madrid: IMSERSO; 2003.
8. Servicio Madrileño de Salud. Manual básico de coordinación sociosanitaria para la atención del anciano frágil en el área metropolitana de Madrid. Madrid; 2007.
9. Martín T, Cristino Fernández, García García, Fernández del Palacio E. Hacia una sociedad de mayores. Adaptando la gestión a las nuevas necesidades. XVII Jornadas Nacionales de Supervisión de Enfermería. Enfermeras gestoras. Córdoba 2006.
10. Ministerio de Sanidad y Consumo. Indicadores de Salud. Tercera Evaluación en España del programa regional Europeo Salud para Todos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1995.
11. Navalpotro P, González M, Martín Iglesias VE, Comet Cortes VT. Oferta de Servicios sociosanitarios en Atención Primaria para la atención a mayores de 65 años. Gerokomos. 2006; 17 (4) 189-196.
12. Protocolo de Colaboración entre el Área de Gobierno de empleo y Servicios a la Ciudadanía y el Servicio Madrileño de Salud para la atención a personas mayores en situación de especial fragilidad. Madrid: Comunidad de Madrid; 2005.
13. United Nation Population Division, World Population Prospects: the 2004 revision.

HIPÓTESIS

Los pacientes, incluidos en el Protocolo para la atención a personas mayores en situación de especial fragilidad en el HCSC* presentan una menor frecuentación al Servicio de Urgencias del hospital y un menor número de ingresos que los pacientes no incluidos en el Protocolo que recibieron la atención habitual.

Objetivo principal

- Comparar la frecuentación al Servicio de Urgencias de los pacientes incluidos en el Protocolo para la atención a personas mayores en situación de especial fragilidad con respecto a los pacientes que no fueron incluidos y recibieron la atención habitual.
- Comparar el número de ingresos hospitalarios durante el periodo a estudio de los pacientes incluidos en el Protocolo para la atención a personas mayores en situación de especial fragilidad, con respecto a los pacientes que no fueron incluidos y recibieron la atención habitual.

Objetivos secundarios

- Describir los diagnósticos más frecuentes que motivan la asistencia a Urgencias y evaluar si hay diferencias entre los grupos a estudio.
- Describir los diagnósticos más frecuentes que motivan el ingreso hospitalario, durante el periodo de estudio, y evaluar si hay diferencias entre ambos grupos.
- Describir los problemas sociales que presentan al ingreso ambos grupos.

METODOLOGÍA

Diseño de investigación

Serie de casos con un grupo control, dentro de una cohorte clínica retrospectiva (Pacientes mayores en situación de especial fragilidad ingresados en el Hospital Clínico San Carlos durante el año 2007).

Periodo del estudio: 1 Enero al 31 de Diciembre de 2007

Población diana

Pacientes ingresados en el HCSC durante el año 2007, del Área 7, en situación de especial fragilidad, alto riesgo sociosanitario, y que durante el año 2007 fueron Alta a Domicilio:

Personas mayores de 75 años que padecen patología crónica invalidante de la que se derive dependencia funcional con carácter transitorio ó permanente (Demencia, A.C.V.A, Parkinson, inmovilidad por otras causas, patología mental). A esta caracterización se añaden aquellas situaciones que tras patología aguda, requieran convalecencia y en las que concurran además algunas de las siguientes circunstancias:

- Vivir solos ó con otra/s personas de edad y/ó circunstancias de salud similar.
- Circunstancias familiares que impiden que se garanticen por parte de la familia los cuidados que la persona necesita: problemas graves de salud de otros miembros de la familia, desestructuración familiar, malos tratos ó sospecha de estos.
- Desimplificación (abandono familiar).
- Existencia de familia con importante riesgo de claudicación familiar.
- Déficit graves en las condiciones de la vivienda ó ausencia de esta.
- Rechazo de Servicios y recursos sociosanitarios de apoyo.
- Ingresos hospitalarios frecuentes ó visitas repetidas a los servicios de Urgencia.

Criterios de inclusión

- Para el grupo de los casos: Pacientes identificados de alto riesgo sociosanitario, incluidos en Protocolo, del Área 7, notificados a Atención primaria y que fueron alta a Domicilio desde el Hospital en el año 2007.
- Para el grupo Control: pacientes con perfil de alto riesgo sociosanitario, del Área 7, que fueron alta a Domicilio desde el hospital en al año 2007, no incluidos en protocolo, ni notificados a Atención Primaria, recibiendo la atención sociosanitaria habitual.

Selección de la muestra

- Para el grupo de Casos, la muestra se obtendrá de la base de datos diseñada en Access, en la que se recogen los pacientes con perfil de alto riesgo sociosanitario desde Mayo de 2006, (fecha de inicio del Protocolo en el HCSC,). Se seleccionara la totalidad de los pacientes que fueron Alta a domicilio durante el 2007, siendo notificados a Atención Primaria.
- Para el Grupo control, se seleccionara el mismo número de pacientes que los casos, ingresados en el Hospital, con perfil de alto riesgo sociosanitario, y diagnósticos al Alta de: Demencia, ACVA, Pakinson, inmovilidad o Patología mental. Pacientes que no fueron incluidos en Protocolo, no se notificaron a Atención Primaria, y fueron Alta a Domicilio en el 2007, recibiendo la atención sociosanitaria habitual.

La obtención de la muestra se realizara a través de 3 fuentes de información:

- Del Servicio de Admisión, el total de pacientes, mayores de 75 años, que estuvieron ingresados y que fueron Alta a Domicilio durante el 2007.
- Del Servicio Sistemas de Información los diagnósticos principales y secundarios de estos pacientes que constan en el informe de alta según clasificación Internacional CIE 9 MC.
- De la Unidad de Trabajo social los informes sociales.

Se cruzaran los registros obtenidos con la base de datos de trabajo social para localizar los pacientes con alguna de las circunstancias sociales que definen la fragilidad social.

Finalmente se excluirán de este grupo control aquellos pacientes que hayan sido identificados y notificados previamente.

Tamaño muestral

Grupo casos: Durante el año 2007 se identificaron y notificaron 67 pacientes.

Grupo Control: se seleccionara un número igual de Controles, 67 pacientes. Se diseñara una base de datos ad hoc.

Variables, ambos grupos

- **Variable dependiente (resultado)**
 - ✓ Numero de veces que el paciente acude al Servicio de Urgencias del Hospital Clínico durante el año 2007.
 - ✓ Numero de ingresos del paciente en el Hospital Clínico durante el año 2007.
- **Variables independientes**
 - ✓ Motivo de la Asistencia a Urgencias.
 - ✓ Diagnostico al alta de cada ingreso
 - ✓ Características sociodemográficas: (Edad, definida como la edad en años en el momento del estudio. Sexo: variable cualitativa. 1= varón, 2= mujer. Estado civil: variable cualitativa. 1= soltero/a, 2= casado/a o en pareja, 3= viudo/a, 4= separado/a- divorciado/a.
 - ✓ Recursos económicos: Dependencia económica si/no. Ingresos familiares si/no.

- ✓ Apoyo sociofamiliar: vive solo, vive con familiar que por edad o situación no puede asumir su cuidado, vive con familiar con limitaciones para asumir su cuidado, vive con cuidadora asalariada.
- ✓ Grado de dependencia: Físico Escala lawton. Independiente, dependiente leve, dependiente moderado, dependiente severo, dependiente total. Escala Barthel: Independiente, dependiente leve, dependiente moderado, dependiente severo, dependiente total. Psíquico, escala Pfeiffer: Independiente, dependiente leve dependiente moderado, dependiente severo, dependiente total.
- ✓ Inclusión en Recursos sociales: (tramitado, Concedido, No acepta, Rechazado una vez concedido).
- ✓ Servicio Ayuda a domicilio (Auxiliar domiciliario, Teleasistencia, Comida a domicilio, lavandería, ayudas técnicas).
- ✓ Servicio Comunitario de Apoyo a la permanencia en domicilio: Centro de Día, Centro de Día de Alzheimer, Centro de Mayores.
- ✓ Programa de apoyo al Mayor: Voluntariado, Ejercicio físico, fisioterapia preventiva, Respir familiar, Cuidar al cuidador, Vive y convive, Anciano en Aislamiento social, Salud bucodental.

Alternativas a la convivencia

- Apartamento para mayores, Residencia, Residencia temporal.
- Inclusión en Recursos Sanitarios: (tramitado, Concedido, No acepta, Rechazado una vez concedido).
- Atención domiciliaria, Atención al paciente Terminal, Prevención y detección, Apoyo a la dependencia, Cuidar al cuidador y Promoción del autocuidado.

Análisis estadístico

- Las variables cualitativas se presentaran con su distribución de frecuencias e intervalo de confianza al 95% (IC 95%). Las variables cuantitativas se resumirán en su media y desviación estándar (DE) o mediana y rango intercuartilico en caso de que las variables sean asimétricas.
- Se valorara la normalidad de la variable con el test de Kolmogorov-Smirnov.
- Se evaluara la asociación entre variables cualitativas con el test de χ^2 , o con la prueba exacta de Fisher en el caso de que más de 25% de los esperados fueran menores de 5.
- Se realizara la comparación de las medias con el test de la t de Student o bien el test de la U de Mann-Whitney en caso de que las variables cuantitativas no se ajusten a una distribución normal.

- En todos los contrastes de hipótesis se rechazara la hipótesis nula con un error de tipo I o error α menor a 0,05. Como herramienta para realizar el análisis estadístico se utilizar el paquete informático SPSS 15.0

Consideraciones éticas

En ningún caso se incluirá en las bases de datos, dato alguno que pudiera directa o indirectamente identificar a ningún sujeto de modo individualizado. Con ello se respetaran las normas internacionales de protección de datos, así como la legislación española vigente (Ley Orgánica 15/1999 del 13/12/99 de protección de Datos de Carácter Personal, BOE 298 de 14/12/99).

El estudio de Investigación se remitirá al Comité de Ética e investigación Clínica del Hospital Clínico San Carlos.

Recursos humanos

El equipo investigador estará formado por dos Enfermeras, Responsables de la Gestión del Programa de Atención a Mayores frágiles en el HCSC. También esta previsto la participación en el estudio de una Trabajadora Social y de una Enfermera de Urgencias y Sistemas de Información.

Plan de trabajo

El estudio se realizara en el Hospital Clínico San Carlos, hospital de referencia del Área 7 de Madrid, entre los meses de Octubre de 2008 a Mayo de 2009.

Durante Octubre, Noviembre, Diciembre y Enero, se prevé realizar la solicitud de registros y recogida de la información. En Febrero y Marzo elaborar una base de datos en Access para el Estudio e introducir toda la información en Abril y Mayo: Depuración de la base de datos y Análisis estadístico, con la Redacción del informe final y presentación de resultados en Junio de 2009.

Están previstas también acciones de difusión de los resultados a la finalización del Estudio.

Limitaciones del estudio

- Cambio en la situación social de los ancianos frágiles en domicilio, (Residencia, cuidador privado...).
- Sesgo de Clasificación.
- Perdida de información, al tratarse de un estudio retrospectivo cuya principal fuente son las Historias Clínicas.

- Dificultades para la obtención de Informes sociales, no todos los pacientes ingresados tienen Historia social.
- Los pacientes no notificados y que recibieron la atención sociosanitaria habitual podrían estar incluidos en otros programas de Atención a Mayores en Atención Primaria/Servicios sociales, ONG.

Recibido: 9 junio 2009.

Aceptado: 10 junio 2009.