FORMULARIO DE COMUNICACIONES

X Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores

La calidad por excelencia

IV Feria "Mayores en Acción"

Albacete, 12, 13 y 14 de abril

FORMULARIO DE COMUNICACIONES

X Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores

13 de abril de 2011

1. Nombre y Apellidos
Nicasio Marín Gámez

2. Entidad	
Dirección:	
Población/Provincia:	Código Postal:
Cargo del Comunicante: facultativo especialista SAS	
Teléfono:	Fax:
Correo electrónico:	
Página Web:	

3. Título de la Comunicación
Síndrome de los ¾: ancianos y crónicos, valor y coste.

Nota: Si no se cumplimentan todos los datos del formulario, no se dará por aceptada la comunicación

X Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores
La calidad por excelencia
IV Feria "Mayores en Acción"
Albacete, 12, 13 y 14 de abril

4. COMUNICACIÓN

El síndrome de "Los ¾": Ancianos, CRONICOS, COMPLEJOS, y VULNERABLES: el valor y el precio. Marín-Gámez N.; Kessel-Sardiñas H. (Geriatr); Cervantes-Bonet B. Med.Inter. Perioperatoria y Geriatría. CH Torrecárdenas. Almería. SSPA.

FUNDAMENTO. La población envejece. Una proporción relevante de los mayores de 65 años tiene buen estado de salud, razonable autonomía y amplia experiencia y se encuentran satisfechos e integrados plenamente en su comunidad. Otros padecen grados variables de dependencia en esta etapa de la vida: años de distrés psicofísico, progresivo deterioro funcional, fragilidad e incremento de necesidades de apoyo externo y familiar. Los frecuentes ingresos hospitalarios no programados, la demanda de diferentes consultas, incluidas las urgentes, el efecto sobre los cuidadores, los escasos recursos familiares, la discapacidad, la institucionalización…, son efectos comunes sobre este subgrupo.

En nuestro medio de trabajo una cuarta parte de los pacientes médicos tienen más de **4 enfermedades** crónicas, consumen ¾ partes de los **recursos** y se enfrentan al **último cuarto** del partido de su vida. En los pacientes reales que atendemos, no menos del 75% de los ingresados sufren 4-5 condiciones médicas crónicas.

El ingreso hospitalario es una excelente oportunidad para obtener información sobre parte de este colectivo complejo y potencialmente mortal de ancianos con alta comorbididad que permita orientar iniciativas de asistencia diferenciada.

OBJETIVOS. Describir resultados de un programa clínico de servicios múltiples, entre hospital-comunidad, que hemos denominado **H2H** (Hospital *"to"* Home) sobre una cohorte de pacientes mayoritariamente ancianos, crónicos y vulnerables que pretende aumentar en la transición del alta **la red de seguridad** "del día de después". Base de datos clínicos, no administrativos, sobre pacientes de entorno real.

METODOS Estudio evaluativo sobre una cohorte prospectiva que registra 3 años (2008-2010). Tamaño muestral: 2703 casos. Elegibles: enfermos con alta comorbididad ingresados en un hospital público de referencia en ámbito provincial del sureste andaluz. Caracterización previa: Edad 71,67; rango: 31-104; el 86% geriátricos. Sexo: 47% M, 53% H. Comorbididad: 5,48 disfunciones orgánicas y 4,4 procedimientos. Polifarmacia: 8.7 fármacos/caso. Un 36% sufrían deterioro cognitivo variable (E.Pfeifer>4). El 84% eran dependientes (I. Barthel <60). Participantes: enfermos con estrategia **H2H** entre Hospital (**Hospital**) y Comunidad (**Home**). Estadística descriptiva.

RESULTADOS. De 2703 casos 1801 se atendieron con la estrategia referida. Fallos cardíaco, respiratorio; diabetes, enfermedad vascular, postoperatorios de cirugía mayor (vascular, COT, neurocirugía, digestiva…), infecciones asociadas, delirium, daño encefálico, alteraciones del medio interno y combinaciones diversas de disfunciones multiorgánicas son las condiciones médicas habituales. Murieron durante la hospitalización casi el 10%. Reingresaron tres veces más que nuestro estándar. Los destinos, de entre los supervivientes, fueron: 79,1% a domicilio, con recursos tipo red de seguridad: 82,6% DUE-comunitaria & enlace; 31% trabajo Social y 25% intervención de RHB. A menudo necesitaron 2 ó más apoyos socio-sanitarios. En el 6.7 % se requirió algún tipo de dispositivo de media estancia (Centro Cruz Roja). En residencia pública, y dado la escasez de plazas libres, el 2,3%. Activar una estrategia H2H supone un coste estimado adicional de 35 euros/caso según costes/hora del mix profesional.

DISCUSIÓN Buscamos soluciones innovadoras basadas en gestión de recursos y rediseño organizativo. Los objetivos rara vez fueron curativos.

Más a menudo se centraron en mejorar la calidad de vida y aliviar el sufrimiento humano, simplificar la intensa polifarmacia, paliar, retener la autonomía aún disponible y apoyar a las abrumadas familias.

Un plan de tratamiento domiciliario complejo (oxígeno, aerosolterapia, insulinización, escaras…); ortesis; camas articuladas; silla de ruedas; terapia física, ocupacional, counseling; gestión de recetas y citas; ayuda ante barreras físicas, teleasistencia; prestaciones de seguridad social –pensiones, Ley de Dependencia- facilitación de transporte sanitario, apoyo formal a cuidadoras, o, eventualmente opciones de último recurso –soporte paliativo, registro de testamento vital- sólo es posible con la coordinación nacida de este mix de profesionales.

Estos pacientes requieren un seguimiento tempestivo el día después del alta que evite la fragmentación, mitigue la probabilidad del reingreso, consolide que la información llegue a comunitaria desde el hospital, que sea compartida de hecho, y, obviamente, ofrezca ayuda a enfermos y familiares con el objetivo de reducir complicaciones costosas y debilitantes. Los profesionales que los atienden deben ser adecuadamente recompensados dado que el esfuerzo cooperativo consume tiempo y notables energías.

La alternativa es el infratratamiento de los más vulnerables; la exclusión, de alguna manera, del circuito común de atención hospitalaria (es decir del acceso a la tecnología y, eventualmente, a intervenciones subespecializadas efectivas); la ubicación en "unidades de bajo perfil tecnológico" con la excusa del predominio de los cuidados sobre el tratamiento, de la limitación directa o indirecta de actuaciones médicas potencialmente efectivas…

Es obligado, no obstante, probar que esta **estrategia H2H** aporta realmente un VALOR AÑADIDO (resultado favorable/coste) y esto sólo es posible mediante una investigación prospectiva con diseño cuasi-experimental…condición previa a adoptar cambios significativos en la provisión de cuidados y tratamiento que consumen tiempo y recursos.

CONCLUSIONES La estrategia H2H hace converger en el "enfermo anciano-crónico y con alta comorbididad" la aportación de un mix profesional como un esfuerzo cooperativo. La planificación conjunta del alta, más la garantía adicional de una transición más segura –una red- es una respuesta posible ante el creciente número de casos similares. El perfil de esta "cohorte" es de alta complejidad y, coherentemente, estos pacientes deberían ser considerados prioritarios. El "hospitalista" estuvo alguna vez orientado hacia la enfermedad "aguda". Actualmente se impone un cambio de paradigma ante los enfermos crónicos de alta prioridad, con relaciones médicas y humanas complejas, difíciles, a menudo imposibles…