

L'ATENCIÓ ALS MALALTS D'EDAT AVANÇADA EN UN HOSPITAL D'AGUTS DE L'ILLA DE MALLORCA: L'HOSPITAL UNIVERSITARI SON DURETA

L'atenció als malalts d'edat avançada en un hospital d'aguts de l'illa de Mallorca: L'Hospital Universitari Son Dureta

Jordi Forteza-Rey Borralleras

Irune Salaberry Navarro

Maria Magdalena Femenias Sureda

Resum

L'envelliment de la població repercuteix directament en la utilització dels recursos sanitaris, tant comunitaris com hospitalaris. Els hospitals d'aguts, com l'Hospital Universitari Son Dureta, varen ser dissenyats per atendre els pacients aguts i joves. L'any 2009 un 57% dels ingressos en aquest hospital, excloent-ne el pavelló maternoinfantil, varen ser de pacients més grans de 65 anys. Un 44% va correspondre a la franja d'edat de 65 a 74 anys, mentre que els més grans de 75 anys varen representar el 56%. El fet d'arribar a edats avançades, gràcies als avenços mèdics, comporta cronicitat, habitualment amb diverses malalties associades (pluripatologia).

En el grup de més grans de 65 anys, com a causa d'ingrés, la cardiopatia isquèmica i la bronquitis crònica predominen en l'home, la fractura de maluc en la dona i la insuficiència cardíaca, la causa més important d'ingrés, es reparteix uniformement en ambdós sexes.

El sistema sanitari ha d'adaptar-se per respondre a les necessitats actuals dels ciutadans, per canviar l'objectiu del segle XX, «curar», pel del segle XXI, «curar i cuidar». Per a això és necessària la integració real dels serveis sanitaris i socials, com també l'atenció primària i l'especialitzada. El canvi va més enllà de models organitzatius, es tracta d'un canvi cultural que té un impacte important.

Resumen

El envejecimiento de la población está repercutiendo directamente en la utilización de los recursos sanitarios, tanto comunitarios como hospitalarios. Los hospitales de agudos, como el Hospital Universitario Son Dureta, fueron diseñados para atender a pacientes agudos y jóvenes. En el año 2009 un 57% de los ingresos en este hospital, excluyendo el pabellón materno-infantil, fueron pacientes mayores de 65 años. Un 44% correspondió a la franja de edad de 65 a 74 años, en tanto los mayores de 75 años representaron el 56%. El hecho de llegar a edades avanzadas, gracias a los avances médicos, comporta cronicidad, habitualmente con varias enfermedades asociadas (pluripatología).

En el grupo de mayores de 65 años, como causa de ingreso, la cardiopatía isquémica y la bronquitis crónica predominan en el varón, la fractura de cadera en la mujer y la insuficiencia cardíaca, la causa más importante de ingreso, se reparte por igual en ambos sexos.

El sistema sanitario debe adaptarse para responder a las necesidades actuales de los ciudadanos, para cambiar el objetivo del siglo XX, «curar», al del siglo XXI, «curar y cuidar». Para ello es necesaria la integración real de los servicios sanitarios y sociales así como la atención primaria y la especializada. El cambio va más allá de modelos organizativos, se trata de un cambio cultural de amplio calado.

1. Introducció

Els últims anys la població espanyola ha sofert una important transformació, d'una banda, l'envelliment com a conseqüència d'una major esperança de vida, ja que, gràcies a diferents progressos (avenços mèdics, tecnològics, econòmics, millor higiene, millor alimentació), es viu més temps i amb millor qualitat. D'altra banda, hi ha un descens de la natalitat, cada vegada hi ha menys naixements als països desenvolupats. Segons l'Organització Mundial de la Salut, l'any 2005 l'esperança de vida a Espanya estava situada en els 80,3 anys de mitjana: 76,9 anys els homes i 83,6 anys les dones (1). Aquests dos factors provoquen que la piràmide poblacional tingui forma de bombeta, de manera que a les capes inferiors la franja és molt estreta, i a mesura que avançam en les edats ens trobam amb un major engrossiment.

Per situar l'entorn comunitari en què es mou l'Hospital Universitari Son Dureta és adient situar el context de l'envelliment a les Illes, i per això fem un extracte dels grans trets relacionats directament amb la salut que s'exposaren a l'anuari 2009 (2):

1. Les Illes Balears són una de les comunitats autònomes espanyoles amb una població menys envellida, encara que l'evolució de la seva dinàmica demogràfica no l'exclou de les tendències generals que podem observar a Espanya i als països més desenvolupats. El 13,75% de la població illenca té seixanta-cinc anys o més i una taxa de dependència respecte de la població en edat activa del 19,5%.
2. Les diferències entre les esperances de vida dels homes i les dones i la supermortalitat dels homes en edats joves posen de manifest el que alguns analistes han anomenat la feminització de la vellesa. Així, en aquest sentit, aquesta superioritat en el nombre de dones a les Illes Balears s'incrementa a mesura que avança l'edat, ja que, segons la revisió del padró de 2007, en les persones de vuitanta-cinc anys o més, corresponen 4,7 homes per cada 10 dones.
3. Un element que explica, en part, la situació de l'envelliment a les Illes Balears en relació amb altres comunitats autònomes és, sense cap dubte, l'existència d'importants i significatius fluxos immigratoris.
4. Des de la perspectiva de la distribució territorial de l'envelliment a les Illes Balears, cal assenyalar el següent: el 80% de la població gran de les Illes Balears resideix en un municipi urbà.
5. L'índex de dependència de les persones més grans de seixanta-cinc anys a les Illes Balears, segons dades de l'*Anuari de l'envelliment, Illes Balears 2008*, és del 16,45%, mentre que a Espanya l'índex és del 21,13%. Des del punt de vista de la salut és

important no convertir en sinònims envelliment i malaltia, error freqüent entre els professionals sanitaris que treballen als hospitals d'aguts. La raó és simple, cada vegada ingressen, com veurem en les dades aportades, més ancians i òbviament en situació «límit o extrema». En un ingrés hospitalari, situació puntual en la biografia de la vida d'una persona, i amb el model actual, és difícil fer-se una idea com era aquest ancià mesos o anys abans de l'ingrés. Per altra banda, solament l'atenció primària que vetlla per la salut comunitària té una perspectiva més real respecte al fet que ser un ancià no suposa estar malalt, si bé hom identifica la persona gran com un gran consumidor de recursos (visites, fàrmacs...).

Una persona gran sana és aquella que no pateix cap malaltia ni presenta cap grau de problemàtica funcional, social o mental. Una persona gran malalta és aquella diagnosticada d'algun procés agut o crònic però que no compleix criteris de pacient geriàtric. Un ancià fràgil és un ancià pluripatològic, amb problemes socials i sol ser dependent, fet que comporta una vulnerabilitat més gran i conseqüències clíniques adverses. Finalment el pacient geriàtric és el que presenta tres o més dels criteris següents: més gran de 75 anys, pluripatologia rellevant, malaltia principal amb caràcter incapacitant, patologia mental o problemàtica social en relació amb el seu estat de salut.

Als hospitals d'aguts, en funció d'aquesta realitat demogràfica, cada vegada s'ingressen més pacients d'edat avançada o malalts amb malalties cròniques, i es planteja la contradicció que la majoria dels hospitals d'aguts varen ser dissenyats la segona meitat del segle XX i es varen desenvolupar amb l'objectiu d'atendre la població «jove», a la qual s'havien d'aplicar els grans avenços de la medicina amb la funció de «guarir».

Amb l'objectiu de valorar al nostre medi, a l'HUSD (Hospital Universitari Son Dureta), l'impacte de l'envelliment en un hospital d'aguts que, a més, és l'hospital de referència de la nostra comunitat, hem analitzat els ingressos que s'hi han produït l'any 2009 i la seva relació amb l'edat. Cal destacar que l'HUSD inclou un pavelló maternoinfantil, el qual representa l'any 2009 un 25% dels ingressos.

Per a això hem utilitzat el CMBD (conjunt mínim bàsic de dades) que segons la normativa ha d'emplenar tot centre hospitalari en donar l'alta. Aquestes dades es recullen de l'informe d'alta, i els diagnòstics mèdics es codifiquen segons el CIE-9MC (classificació internacional de malalties; 9a revisió. Modificació clínica) (3). Poden registrar-se fins a 13 diagnòstics, si n'hi hagués, que acompanyin el diagnòstic principal o que motivà l'ingrés (aquesta ha estat la variable que hem utilitzat en l'anàlisi de dades).

Aquesta tasca la realitza el servei de codificació de l'hospital, i ho passa a suport magnètic.

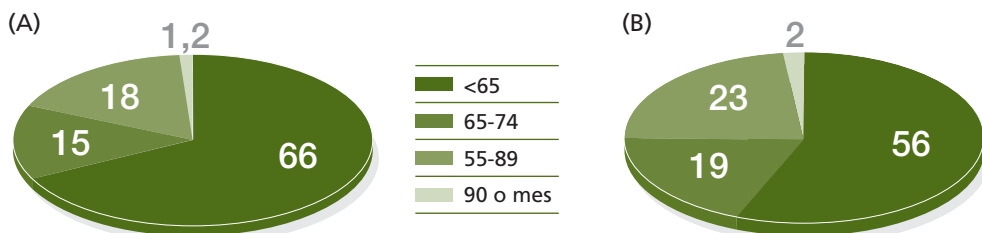
El paquet estadístic utilitzat és el SPSS-V17.0, i s'ha fet una anàlisi descriptiva.

2. Ingressos hospitalaris

Durant l'any 2009 es varen produir 26.164 ingressos, que, repartits per grups d'edat, corresponen un 66% a menors de 65 anys, un 15% a edats compreses entre 65 i 74 anys, un 18% a persones que tenen entre 75 i 89 anys, i un 1,1% a persones amb 90 o més anys. És important destacar que, si no incloem als ingressos els corresponents al pavelló maternoinfantil (parts i infants), el 57% d'ingressos varen ser de més grans de 65 anys, i d'aquests, un 56%, de més grans de 75 anys.

Al gràfic 1 es mostra la distribució dels ingressos per grups d'edat amb (A) i sense els ingressos de l'hospital maternoinfantil (B).

Gràfic 1 | *Ingressos per grups d'edat. (Percentatge) HUSD. 2009*



Els serveis amb més activitat en hospitalització l'any 2009 estan reflectits a la taula 1. Els ingressos del Servei de Medicina Intensiva no corresponen a la realitat, ja que el sistema de codificació solament comptabilitza el servei que dona l'alta hospitalària i, en el cas d'aquest servei, en la majoria de casos l'alta hospitalària la dona un altre servei.

Taula 1 | *Ingressos per serveis. HUSD. 2009*

Medicina Interna	MIR	2.508
Cardiologia	CAR	2.377
Obstetrícia	OBS	2.277
Pediatria	PED	2.064
Cirurgia Digestiva	CGD	1.749
Traumatologia	TRA	1.584
Digestiu	DIG	1.261
Neurologia	NRL	1.077
Pneumologia	NML	1.049
Urologia	URO	961
Ginecologia	GIN	910

Oncologia	ONC	820
Cirurgia Vascular	ACV	815
Neurocirurgia	NRC	803
Psiquiatria	PSQ	744
Neonatologia	NEO	505
Otorinolaringologia	ORL	499
Cirurgia Pediàtrica	CPD	478
Cirurgia Maxil·lofacial	CMF	477
Cirurgia Cardíaca	CCA	473
Cirurgia Plàstica	CPA	460
Traumatologia Infantil	TRI	454
Nefrologia	NEF	454
Oftalmologia	OFT	320
Cirurgia Toràtica	CTO	308
Endocrinologia	END	263
Hematologia	HEM	238
Medicina Intensiva	MIV	222
Unitat del Dolor	UDO	14

A la taula 2 es pot observar la destinació a l'alta i la seva relació amb els grups d'edat.

Taula 2 | *Destinació a l'alta per grups d'edat*

	Grup d'edat				Total
	<65	65-74	75-89	>=90	
Domicili	16.463	3.477	3.931	215	24.086
	95,5%	90,3%	83,4%	59,2%	92,1%
Un altre centre	137	41	126	27	331
	,8%	1,1%	2,7%	7,4%	1,3%
Alta voluntària	174	10	18	0	202
	1,0%	,3%	,4%	,0%	,8%
Èxitus	277	181	315	68	841
	1,6%	4,7%	6,7%	18,7%	3,2%
Centre sociosanitari	189	140	322	53	704
	1,1%	3,6%	6,8%	14,6%	2,7%
TOTAL	17.240	3.849	4.712	363	26.164
	65,9%	14,7%	18,0%	1,4%	100,0%

El grup d'edat que a l'alta es traslladà amb més freqüència a un centre sociosanitari per a la convalsència o el programa de rehabilitació va ser el dels més grans de 74 anys. Un 3,2% d'aquests ingressos va morir durant l'estada a l'Hospital. Com era previsible, l'edat és un

predictor de mortalitat intrahospitalària (1,6% en menors de 65 anys; 4,7% en el grup de 65-74; 6,6% en la franja de 75 a 89; i 18,7% en els de 90 o més anys). De les 841 defuncions que es varen produir a l'Hospital, el 25,9% pertanyen al Servei de Medicina Interna, el 21,5% a la Unitat de Vigilància Intensiva, el 18,8% al Servei d'Oncologia, i la resta, a altres unitats hospitalàries, que en cap cas no superaren el 4,2% del total d'èxitus de Cardiologia (taula 3).

Taula 3 | *Morts per unitat/servei i grup d'edat*

Servei	Grup d'edat				Total
	<65	65-74	75-89	>=90	
MIR	16 (7%)	25 (11%)	128 (59%)	49 (22%)	218
MIV	92 (51%)	49 (27%)	40 (22%)	0	181
ONC	84 (53%)	47 (30%)	27 (17%)	0	158
CAR	9 (26%)	9 (26%)	14 (40%)	3 (9%)	35
HEM	14	8	11	0	33
NRL	2	3	21	3	29
DIG	9	8	8	2	27
NML	4	7	13	2	26
CGD	4	5	12	2	23
NRC	3	7	8	1	19
NEO	19	0	0	0	19
NEF	3	4	10	0	17
TRA	0	0	10	6	16
PED	13	0	0	0	13
ACV	2	4	6	0	12
URO	1	2	3	0	6
CTO	0	3	1	0	4
CPL	2	0	0	0	2
PSQ	0	0	1	0	1
ORL	0	0	1	0	1
CCA	0	0	1	0	1
Total	277	181	315	68	841

Per grups d'edat, un 45% de les defuncions que es varen produir en més grans de 75 anys corresponia a medicina interna, mentre que abans dels 75 anys els èxitus es produïen en major proporció a cures intensives i oncologia. Des de fa diverses dècades la tendència que l'escenari de la mort sigui l'hospital i no el domicili no ha deixat d'augmentar, fins i tot en els malalts en què aquest fet és previsible, atès el diagnòstic i l'evolució.

La unitat de cures pal·liatives ha cobert pel que fa als malalts oncològics (la nostra comunitat n'és pionera) gran part de les necessitats de l'atenció al final de la vida (4). No obstant

això, ha hagut de sortir a la llum pública a través dels mitjans de comunicació la forma en què s'atén al nostre sistema sanitari els ancians i crònics que es moren als hospitals d'aguts. Ens referim al cas del doctor Montes, de l'Hospital Severo Ochoa de Madrid (5), amb el qual es va posar de manifest aquesta situació. No és rar que els ancians i crònics en fase terminal morin als serveis d'urgències, habitualment sobresaturats, sense disponibilitat de llits a l'hospital i amb un entorn no adequat per al que s'ha denominat una mort digna (6). No disposam de dades del percentatge en què es produeix aquest fet, però res no ens fa pensar que no sigui similar al d'hospitals com el Severo Ochoa de Madrid.

2.1. Motiu d'ingrés per grups d'edat

La causa més freqüent d'ingrés a l'HUSD en el grup d'edat de menors de 65 anys fou la relacionada amb l'embaràs i el part, seguida de l'infart agut de miocardi (IAM), complicacions en els dispositius i/o tractaments, apendicitis, epilèpsia, cardiopatia isquèmica crònica i pneumònia.

En el grup de 65 a 75 anys, la cardiopatia isquèmica crònica és el diagnòstic més freqüent, seguit d'IAM, símptomes generals, bronquitis crònica i pneumònia. Quan vàrem analitzar el grup d'edat de 75 a 89 anys, la causa més freqüent d'ingrés fou la insuficiència cardíaca, seguida d'IAM, pneumònia, bronquitis crònica, cardiopatia isquèmica i malaltia vascular cerebral.

Té interès una subpoblació dels ancians, que són els nonagenaris. Diverses hipòtesis intenten explicar el fenomen de «resistència biològica», que probablement va més enllà dels hàbits de vida saludables i implica determinants genètics. Sigui pel motiu que sigui, atendre els nonagenaris als hospitals d'aguts no és actualment un fenomen excepcional. La primera causa d'ingrés en aquesta subpoblació és la fractura de maluc, seguida d'insuficiència cardíaca i pneumònia.

Si no comptabilitzam els ingressos maternoinfantils, les malalties cardiovasculars formen el grup més important com a responsable d'ingressos en tots els grups d'edat, amb la diferència que abans dels 75 anys predomina la malaltia coronària i després la insuficiència cardíaca.

Ambdues situacions són degudes a factors de risc cardiovascular compartits: hipertensió, tabaquisme, hàbits alimentaris no saludables i sedentarisme. El fet que actualment la mortalitat per cardiopatia isquèmica hagi disminuït gràcies als moderns tractaments invasius (en els quals l'HUSD té reconegut nivell d'excel·lència) comporta que en arribar a viure més anys claudiqui el cor i es visqui amb una malaltia, la insuficiència cardíaca, que és motiu de reingressos freqüents i deterioració de la qualitat de vida. Aquestes dades són especificades a la taula 4.

Taula 4 | *Principals causes d'ingrés per grups d'edat. HUSD. 2009*

Diagnòstic	Ingressos	Diagnòstic	Ingressos	Diagnòstic	Ingressos	Diagnòstic	Ingressos
Part amb/sense complicacions	2.743	C. isquèmica crònica	202	Insuficiència cardíaca	302	Fractura de fèmur	45
IAM	334	IAM	159	IAM	194	Insuficiència cardíaca	40
Complicacions als procediments	280	Síntomes generals	136	Pneumònia	181	Malaltia pulmonar	23
Apendicitis	278	Bronquitis crònica	132	Bronquitis crònica	180	Pneumònia	21
Epilepsia	274	Malaltia valvular cardíaca	119	Cardiopatia isquèmica crònica	178	Patologia del tracte urinari	14
Cardiopatia isquèmica crònica	263	Insuficiència cardíaca	112	Malaltia vascular cerebral	163	Ictus	12
Pneumònia	236	Malaltia vascular cerebral	108	Malaltia valvular cardíaca	142	Pneumònia aspirativa	8
Colelitiasi	212	Aterosclerosi	105	Fractura de fèmur	136	Complicacions als procediments	8
Quimioradioteràpia	197	Pneumònia	92	Complicacions	130	Neoplàsia de la pell	7
Bronquitis aguda	196	Colelitiasi	80	Arteriosclerosi	106	IAM	7
Grup <65		Grup 65-74		Grup 75-89		Nonagenaris	

La insuficiència cardíaca representà l'any 2009 prop del 4% dels ingressos, sent el paradigma de l'envelliment i la malaltia crònica. Si bé la insuficiència cardíaca és la «protagonista» que altera la qualitat de vida de l'ancià, aquesta gairebé sempre va acompanyada d'altres malalties cròniques, diabetis, hipertensió, demència, insuficiència renal, anèmia, etc.

L'HUSD, seguint l'exemple d'altres centres als països del nostre entorn econòmic i social, va engregar una Unitat d'Insuficiència Cardíaca (model d'atenció centrat en l'hospital) que en part ha donat resposta a una necessitat assistencial, però que exclou la major part de pacients amb insuficiència cardíaca, que no necessiten tecnologia sinó cures, sent l'àmbit comunitari l'ídoni per respondre a aquestes necessitats.

2.2. Hospitalització i gènere

En els ingressos en menors de 65 anys els homes representen el 49%, mentre que en el grup de 65 a 75 anys són el 63%, entre els 75 i els 90 anys, el 53%, i en el grup de 90 o més anys, són solament el 35% (el 65% dels ingressos són dones). Aquestes dades concorden amb el que hem comentat a l'inici sobre la major esperança de vida de les dones. Si comparam el motiu d'ingrés respecte al gènere, s'observen grans diferències. En el cas de la malaltia coronària, el 76,5% dels ingressats eren homes, sent aquesta diferència més important en la bronquitis crònica, el 83,2%. En la insuficiència cardíaca la proporció va ser similar: 47,3% d'homes enfront del 52,7% de dones, mentre que en la fractura de maluc hi ha un predomini clar de les dones (70,3% enfront del 29,7% d'homes). El patró de malaltia cardiovascular és distint entre dones i homes.

Hi ha diferències en la fisiopatologia de la malaltia, l'edat de presentació, la simptomatologia clínica, la diferent influència dels factors de risc i psicosocials, i en el pronòstic. Encara que les diferències trobades en l'esforç diagnòstic i terapèutic entre homes i dones han estat atribuïdes a tots aquests factors, una anàlisi amb un enfocament de gènere duu a preguntar-se si part de les diferències en la utilització dels diferents procediments pot ser explicada per un problema de desigualtat. S'entén aquí el gènere com «una construcció cultural i social en continu canvi, que assigna atributs i funcions diferents a homes i dones, i que pot establir desigualtats en matèria de salut, o el que és el mateix, pot marcar diferències innecessàries, evitables i injustes» (7).

En un treball realitzat als hospitals públics andalusos amb el CMBD es conclou que en l'hospitalització per síndrome coronària aguda, les dones accedeixen amb menor freqüència que els homes als procediments cardíacs intervencionistes. L'objectiu del nostre treball no era validar aquesta hipòtesi, però seria interessant conèixer si a la nostra comunitat se segueix aquesta tendència (8).

El predomini de la fractura de maluc en la dona està vinculat a l'osteoporosi i al fet d'arribar a edats avançades. Quant a la malaltia coronària i la bronquitis crònica, el predomini en homes està clarament associat al consum de tabac, fenomen relacionat amb la cohort de clar predomini de consum per part dels homes, patró que no correspon a l'època actual i que amb seguretat canviarà les causes d'ingressos hospitalaris en un futur pròxim en relació amb el gènere.

2.3. Pluripatologia i hospitalització

La Conselleria de Salut d'Andalusia l'any 2002 va integrar en el seu mapa de processos assistencials el pacient pluripatològic (PPP) (9). Pretenia identificar els pacients amb una especial fragilitat clínica, condicionada per la concurrència de determinats processos, i donar-los una resposta assistencial. Es tractava, tal com es recull en el document inicial, d'identificar i organitzar l'atenció de pacients amb malalties que no tenen cura, que generen deterioració progressiva i pèrdua gradual de l'autonomia, així com risc de sofrir diferents patologies interrelacionades, fets que ocasionen importants repercussions socials i econòmiques.

Per a això es varen agrupar les malalties en categories clíniques, tenint present no incloure els factors de risc més prevalents, sinó el dany sobre l'òrgan diana i la repercussió funcional que aquest genera. Les primeres publicacions i comunicacions que han utilitzat la definició proposada posen de manifest que, en l'entorn hospitalari, els criteris de pacient pluripatològic permeten identificar una població de més edat, major limitació funcional, major mortalitat i major consum de recursos. A més, la prevalença de pacients pluripatològics en serveis de medicina interna s'ha mostrat superior al 30% en serveis de medicina interna general i propera al 60% en serveis amb una orientació a pacients crònics. S'ha evidenciat, igualment, la gran utilitat de la definició per identificar a l'atenció primària un col·lectiu especialment fràgil, i ha permès seleccionar una població diana inferior a l'1,4% de la població general i a l'entorn del 5% de la població més gran de 64 anys. No obstant això, també s'ha posat de manifest que el problema de la pluripatologia no és exclusiu de l'edat avançada, ja que fins al 14% dels pacients pluripatològics tenen menys de 64 anys. La fragilitat dels pacients pluripatològics s'ha posat de manifest en els estudis realitzats, s'ha constatat que a l'atenció primària fins al 40% dels pacients pluripatològics presenten tres o més malalties cròniques, el 94% estan polimedicats, el 34% presenten un Barthel menor de 60, el 37% té deterioració cognitiva, més del 60% necessita cuidador i el 40% d'aquests tenen signes de sobrecàrrega; la majoria d'aquestes variables es relacionen amb la insuficiència sociofamiliar (10).

A l'annex 1 poden observar-se la categories que inclouen la definició de pluripatològic. S'exigeix que un pacient estigui almenys en dues categories. En la literatura científica mèdica el terme pluripatològic no està universalment acceptat, però cada vegada hi ha més publicacions que l'utilitzen i s'hi treballa d'una forma operativa, ja que reflecteix una realitat que cal abordar, de fet, recentment el Ministeri de Sanitat i Consum ha publicat un document titulat *Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estandares y recomendaciones* (11).

Seguint la metodologia de M. F. Fernández Miera (12), consistent a convertir les dades del CMBD en les categories diagnòstiques de la definició de pluripatològic, hem analitzat la proporció d'ingressos amb aquestes característiques que es varen produir a l'HUSD (taula 5). Com pot apreciar-se, segueix una distribució similar a la ja publicada (10, 12), però ens

dóna una idea de la importància que tenen els malalts crònics avançats en la utilització d'un hospital la característica del qual és ser hospital d'aguts i d'alta tecnologia.

Taula 5 | *Percentatge de pacients pluripatològics segons el servei d'ingrés. HUSD. 2009*

	Ingressos	PPP*
MIR	2.508	40,00%
ACV	815	40,12%
CAR	2.377	36,10%
CCA	473	34,25%
CGD	1.749	11,38%
CMF	477	3,56%
CPL	460	1,74%
CTO	308	26,30%
DIG	1.261	25,85%
END	263	9,13%
HEM	238	16,39%
MIV	222	12,61%
NEF	454	35,46%
NML	1.049	30,22%
NRC	803	10,71%
NRL	1.077	14,02%
OFT	320	2,19%
ONC	820	35,49%
ORL	499	9,42%
PSQ	744	3,76%
TRA	1.584	6,19%
URO	961	13,74%

* Percentatge d'ingressos pluripatològics.

3. Nivell de dependència previ a l'ingrés i situació sociosanitària

Com s'ha vist més amunt, el Servei de Medicina Interna és el que atén els pacients de major edat i amb major comorbiditat. Per aquest motiu, els professionals que atenen aquests malalts, conscients que l'abordatge «biològic» és una forma reduccionista d'entendre la salut si no s'inclou el model psicosocial, en col·laboració amb un treballador social del centre varen dissenyar un estudi per valorar-ne el grau de dependència i la situació sociosanitària. Per a això es varen analitzar 1.000 pacients consecutius ingressats en aquest servei entre l'1 de juny de

2006 i el 30 de maig de 2007, i es valorà el seu nivell de dependència previ a l'ingrés amb l'escala de Barthel (activitats bàsiques per a la vida diària) i 13 ítems socio-sanitaris, en què s'inclouen: ser més gran de 75 anys, viure sol o amb un company ancià, reingrés en els últims trenta dies, demència, estat vegetatiu, ser un malalt oncològic amb cures paliatives, traumatisme en fase de rehabilitació, pluripatologia, úlceres per pressió, VIH, abandonament de persones grans, ser consumidor de tòxics i malaltia cerebrovascular (ECV) crònica amb seqüeles.

El fet que les dades corresponguin a l'any 2007 creiem que no n'invalida l'extrapolació a la situació actual, i dóna una visió més global de les dades que es reflecteixen de l'any 2009 (13).

Per tant, quan es faci referència als aspectes socio-sanitaris dels pacients ingressats, farem referència a aquesta mostra i no a la totalitat dels ingressos.

3.1. Nivell de dependència per a les activitats de la vida diària

La capacitat funcional és una mesura de salut de l'ancià, i té un valor pronòstic a curt i llarg termini quant a: mortalitat, consum de recursos, estada hospitalària, deterioració funcional durant l'hospitalització i al futur lloc de residència, bé domicili, bé institució.

Les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD) són totes les activitats funcionals essencials per a l'autocura. Gairebé tots els instruments de valoració de les ABVD inclouen una combinació de les sis activitats bàsiques, com ara: vestir-se, rentar-se/dutxar-se, ús del lavabo, transferència/deambulació, continència i alimentar-se. Una de les eines més utilitzades en el diagnòstic de deterioració funcional del pacient d'edat avançada i que permeten avaluar les ABVD és l'índex de Barthel (14).

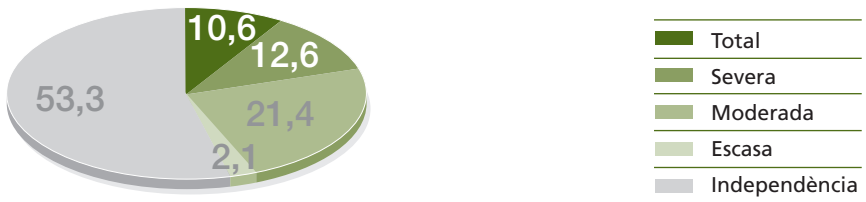
L'índex de Barthel (IB) és una mesura del nivell d'independència en ABVD. És l'escala de mesurament d'ABVD més coneguda, estudiada i difosa internacionalment. Va ser descrit per F. Mahoney i W. Barthel el 1965 (15) i va ser dissenyat per mesurar resultats del tractament rehabilitador en pacients incapacitats per processos neuromusculars i musculoesquelètics. Avalua deu àrees d'ABVD (menjar, traslladar-se entre la cadira i el llit, neteja personal, ús del bany, banyar-se, desplaçar-se, pujar i baixar escales, vestir-se i desvestir-se, control de l'intestí i de l'orina). La puntuació va de 0 a 100 (annex 1).

El rang de possibles valors de l'IB està comprès entre 0 i 100. De 0 a 20: dependència total, 21-60: dependència severa, 61-90: dependència moderada, 91-99: dependència escassa i 100: independència.

Al gràfic 2 es mostra el grau de dependència prèvia a l'ingrés de 1.000 pacients mesurada amb l'IB. L'IB va anar de la total dependència (IB 0-20) en el 10,6% de pacients, a la dependència severa (IB de 21-60) en el 12,6% de pacients, la dependència moderada

(IB de 61-90) en el 21,4% de pacients, la dependència escassa (IB 91-99) en el 2,1% de pacients i la independència (IB: 100) en el 53,3% de pacients. Com pot observar-se, un 23,2%, aproximadament un de cada quatre ingressats, tenien abans de l'ingrés, en condicions basals, una dependència total-severa, situació que habitualment s'agreuja amb l'ingrés hospitalari.

Gràfic 2 | *Ingressos Servei de Medicina Interna. Nivell de dependència*



4. Valoració socio sanitària dels pacients ingressats

Dels 13 ítems socio sanitàris els més prevalents en la nostra sèrie varen ser: més gran de 75 anys, pluripatologia associada, viure sol o amb un company ancià i reingrés (taula 6.)

Taula 6 | *Factors de risc socio sanitàri. Ingressats al Servei de Medicina Interna (n = 1.000)*

Risc socio sanitàri	Percentatge que estava present
Més gran de 75 anys	48%
Pluripatològic	46%
Viure sol o amb una persona gran	26%
Reingrés els darrers trenta dies	15%
Demència	8%
Ictus amb seqüeles	8%
Abús de substàncies	8%
Úlceres	2%
Estat vegetatiu	1%
Tract. oncològics pal·liatius	1%
Abandonament	1%
Traumatisme, fase de rehabilitació	1%
Sida	0,1%

La situació de la població gran a Espanya ha canviat òbviament per l'evolució demogràfica, la situació econòmica, el perfil dels grans i les característiques socials i familiars de l'entorn. La incidència de més grans de 75 anys en la nostra sèrie és molt alta, i probablement la majoria d'ells compleixin criteris de pacient geriàtric i, per tant, requeriran una valoració geriàtrica global mitjançant la valoració funcional, social i mental a part de la valoració clínica habitual, a través d'un procés multidimensional o interdisciplinari, per poder planificar una adequada alta hospitalària.

Els ingressos de pacients pluripatològics, com s'ha comentat més amunt, aquells que pateixen dues o més malalties cròniques de les categories definides, en aquesta mostra varen ser un 46%, una xifra una mica superior que la detectada quan es varen analitzar la totalitat d'ingressos.

Això probablement és degut al fet que es valorava el pacient durant l'ingrés, mentre que en la totalitat de les altes de l'any 2009 es va utilitzar la codificació de l'informe d'alta de forma retrospectiva. Sobre reingressos no existeix una definició unificada. En la nostra sèrie consideram reingressos els d'aquells pacients que reingressaven al cap de trenta dies de l'alta. Els reingressos són un fenomen relativament freqüent que es troba present en tots els serveis. Això ens fa plantejar-nos com a «normals» els reingressos en patologia crònica, ja que en el model assistencial actual els gestors es fixen més en les estades mitjanes que en el pacient crònic com un continu assistencial. En un nou model d'atenció al pacient crònic la disminució del nombre d'ingressos en hospitals d'aguts és un indicador de qualitat assistencial i de procés (11).

La demència és una síndrome clínica adquirida i progressiva caracteritzada perquè afecta les funcions intel·lectuals superiors. Quant a l'epidemiologia, l'únic factor que no es discuteix és l'edat, tots els autors estan d'acord que a partir dels 60 anys els quadres demencials són cada vegada més freqüents, fins al punt que a partir dels 65 anys la seva prevalença es duplica cada cinc anys. En la nostra sèrie la demència va ser identificada com a problema en el 8% dels pacients. En la pràctica clínica, entre els professionals sanitaris, hi ha una sèrie de barreres amb la demència avançada com són un rol no assumit, dèficit d'habilitats comunicatives, dificultat per establir pronòstic i falta d'elements clars en la presa de decisions. Les demències de la nostra sèrie eren severes i reconegudes pels familiars, la qual cosa fa que sigui una incidència infradiagnosticada.

Per altra banda, quan un ancià ingressa en un hospital d'aguts són freqüents els quadres de deliri que es confonen fàcilment amb la demència. El diagnòstic de demència no pot fer-se en un ancià amb malaltia aguda, i cal la informació prèvia a l'ingrés o la situació basal per poder donar aquest diagnòstic. La incidència en els ancians hospitalitzats de deliri és prou alta i de gran interès pronòstic (16) com perquè es prenguin mesures d'adequació de l'entorn hospitalari a l'ancià.

L'ingrés d'un pacient amb demència en un hospital d'aguts suposa habitualment un nivell molt avançat de la malaltia. En la nostra comunitat cal assenyalar l'absència d'un programa integral d'atenció als pacients amb demència. La fragmentació de l'atenció i l'absència de continuïtat assistencial són la norma, i es dona la paradoxa que en l'escassa xarxa sociosanitària de què disposem no estigui previst «qui i com» dona suport al pacient amb demència. Una mostra d'això pot observar-se a l'*Anuari de l'envelliment 2009* (17).

L'edat avançada, l'estada hospitalària perllongada, l'estat físic i de consciència alterada, la incontinença d'esfínters, la dificultat per a l'activitat i la mobilitat, propicien la formació de solucions de continuïtat dites úlceres per decúbit. Aquesta entitat marcadora de qualitat assistencial en els ancians és motiu d'atenció preferent als hospitals de la nostra comunitat pel que fa al personal d'infermeria, i s'obtenen resultats excel·lents.

No obstant això, probablement hi ha un biaix important, la literatura esmenta una prevalença del 8 al 12% en els hospitals d'aguts (18) i nosaltres reportam un 2%. Aquest fet probablement és degut a la circumstància que la recollida de dades la varen fer metges i no personal d'infermeria.

En el consum de tòxics s'inclouen drogues, alcohol i tabac. Probablement en la nostra sèrie l'alcohol és el tòxic més freqüentment consumit, ja que l'estudi es va fer al servei de medicina interna general i no es varen incloure pacients del servei de medicina interna de malalties infeccioses, on la politoxicomania té un paper relacionat amb l'ingrés. La incidència pot ser que no sigui la real, ja que menys de la meitat dels pacients alcohòlics que acudeixen a una consulta de medicina interna general són reconeguts com a tals pel metge que els atén. D'altra banda, el nombre de persones que no consumeixen alcohol és alt en els primers trams d'edat, descendeix en edats intermèdies i torna a augmentar a partir dels 55 anys, sent aquest patró vàlid tant per als homes com per a les dones.

La incidència dels pacients amb traumatisme en fase de rehabilitació, oncològics amb cures pal·liatives i en estat vegetatiu és baixa, probablement perquè aquests pacients solen ingressar en altres serveis, bé a oncologia mèdica o traumatologia, o bé directament en centres sociosanitaris especialitzats en oncologia pal·liativa, ortogeriatria o centres de llarga estada per a pacients dependents per a totes les ABVD o amb problemàtica social.

5. Viure sol o amb un company ancià

L'augment de l'esperança de vida de les persones grans ha dut a la circumstància que la major part de les persones amb edat avançada visquin en parella. N'hi ha un percentatge bastant baix que es troba vivint en una institució, ja que habitualment conviuen amb els parents o formen una llar unipersonal.

El 26% dels nostres pacients ingressats viuen sols o amb un cònjuge d'edat avançada. Segons el cens de 2001 de l'INE, a Espanya hi ha gairebé 7 milions de persones més grans de 65 anys. D'aquestes persones, la cinquena part viuen soles, la proporció és moltíssim més gran en el gènere femení (2 de cada 5).

Cal destacar que el 36% de les dones entre els 80 i els 84 anys viuen soles. Aquestes dades són degudes al fet que les dones tenen una major esperança de vida i, en moltes ocasions, quan enviduen decideixen quedar a la seva llar. La viduïtat és, amb diferència, l'estat civil més freqüent entre les persones grans que viuen soles. Cal destacar que, en molts casos, viure sol és una elecció personal de les persones grans que tenen salut i capacitat per fer-ho (19).

Els principals problemes que afecten les persones grans soles són, sobretot, la dependència i escassetat d'ingressos. La precarietat econòmica condiona la vida d'una gran part de dones, atesa la poca inserció laboral del sexe femení i atès que les pitjors pensions del sistema públic es concentren en aquesta població.

Diferents estudis demostren que la deterioració de la salut i la dependència per a les activitats bàsiques de la vida diària són les raons bàsiques perquè les persones grans acceptin mudar-se al domicili filial o en una institució. En el món dels adults grans, la família és l'element primordial, ja que en moltes ocasions és la que suporta el major pes de l'assistència actual. Les demandes dels ancians són cobertes pels cònjuges; quan aquests desapareixen són els seus descendents, dones en la majoria, els encarregats de vetllar per ells. Cal afegir que algunes persones grans, per motius tan variats com la inexistència de fills o unes relacions familiars deficientes, es veuen obligades a desafiar els seus problemes de salut sense comptar amb més ajuda que la que presten els professionals sanitaris i dels serveis socials i, a tot estirar, algun veí o amic. Hi ha moltes persones grans en situació de risc social que no faran cap demanda quan estiguin hospitalitzades. Per aquests motius es recomana l'aplicació d'un programa social de detecció, que consisteix en l'aplicació de criteris de risc social sanitari validats. L'objectiu és identificar els problemes i dificultats de les persones grans ateses per avançar-se a probables dèficits socials deguts a la malaltia. L'acció es recolza en la necessitat d'identificar tan aviat com sigui possible el risc per prevenir el problema, i iniciar de seguida les gestions per solucionar-lo.

El procés d'envelliment ha imposat reptes als quals caldrà plantar cara per poder atendre aquestes persones que, en molts casos, trien lliurement quedar a la seva llar i al seu entorn, mentre la salut ho permeti. En aquests casos hem de complir els desitjos de romandre al domicili propi, proporcionant la màxima autonomia personal i els recursos comunitaris existents (servei d'ajuda a domicili, teleassistència, menjar a domicili, centre de dia). Un exemple més de la imprescindible necessitat del treball conjunt en l'àrea social i sanitària.

5.1. Abandonament de persones grans

La claudicació familiar fa anys no es contemplava, o era rara. Al contrari, l'existència d'una família suposava un alleugeriment per als professionals sanitaris, que donaven per descomptat el suport d'aquesta per a les atencions del familiar ancià malalt. No obstant això, les estructures socials han anat canviant i amb això la família. La incorporació massiva de la dona al món laboral, la transformació de les estructures familiars, l'augment de l'esperança de vida, els escassos recursos socials, en definitiva, els canvis socioculturals han plantejat un canvi en la forma d'actuar, ja que cada vegada més la família no pot atendre la persona gran. A pesar que tan sols 10 de 1.000 pacients presentaven una situació d'abandonament familiar, la claudicació familiar és un greu problema que cal prevenir, i és necessari un abordatge interdisciplinari, com també l'increment de programes socio-sanitaris específics de descans familiar, grups d'ajuda mútua, etc.

La claudicació familiar ha de ser entesa com la incapacitat d'oferir una resposta adequada a les necessitats de la persona gran dependent. Aquesta incapacitat es reflecteix en les grans dificultats que la família troba per mantenir una comunicació positiva amb el pacient. No tots els membres claudiquen alhora, sinó que els temps són diferents per a les diferents famílies i per als diferents membres en una família (20).

L'abandonament que es produeix en un centre hospitalari és la situació límit de la claudicació. La situació actual de crisi econòmica fa preveure, i de fet ja hi ha la sensació entre els professionals sanitaris que treballen en els hospitals, que augmenta l'abandonament de persones grans.

L'any 2009 va haver-hi ingressos a l'Hospital en què els familiars varen acudir a la porta d'urgències «remesos» pels serveis socials d'algun ajuntament, a causa de la impotència del treballador social per aconseguir recursos, amb el suggeriment «dueu-lo allà i alguna cosa faran».

Evidentment cal anar amb compte a convertir anècdotes en categoria d'evidències, però no hi ha dubte que cada vegada més cal complementar la informació quantitativa amb la qualitativa per analitzar els fenòmens que es produeixen al nostre entorn d'una forma ràpida.

6. Una visió crítica del model hospitalari

Com ja hem apuntat, els hospitals actuals es varen crear i varen créixer per a l'atenció de malalties agudes i amb l'objectiu de «guarir». L'expectativa que les noves tecnologies mèdiques, i en concret els grans avenços en diagnòstic i tractament que varen tenir lloc en

la segona meitat del segle XX, anaven a convertir als hospitals en centres d'aplicació de tècniques amb ingressos d'hores o uns pocs dies no s'ha complert.

Els nostres hospitals estan saturats per malalts ancians i/o amb malalties cròniques que ingressen i reingressen contínuament. Aquests pacients es veuen obligats a «creuar barreres» des del domicili (atenció primària) o bé des de la residència als serveis d'urgències, als reingressos hospitalaris freqüents i en ocasions amb estades en centres de subaguts i convalsència.

El fenomen que Rafael Bengoa (actual conseller de Salut del País Basc) denomina l'aparició i la desaparició per al radar del sistema de salut. Malgrat la complexitat que suposa l'adaptació del sistema sanitari a les necessitats que genera l'envelliment de la població, assumim la seva visió optimista de la situació. «L'impacte de les malalties cròniques serà molt positiu per al Sistema Nacional de Salut. Ens obligarà a prendre decisions que no s'haurien pres, principalment aquelles relacionades amb la reorientació del sistema a les necessitats del pacient i la integració de serveis. Aquestes malalties i les noves demandes que generen creen una pressió sana sobre un sistema immobilista» (21).

En aquest sentit ja hi ha iniciatives de canvi i/o elements dinamitzadors. El nou Hospital de Son Espases té prevista una Unitat de Pluripatològics, i dos centres de salut (Valldargent i Son Pisà) l'any 2009 han iniciat un programa pilot de continuïtat assistencial amb el Servei de Medicina Interna de l'HUSD (hospital d'aguts) i l'Hospital General de Mallorca (centre sociosanitari). La implantació de la targeta electrònica per a les receptes i la història informatitzada de salut l'any 2009, són dos elements clau per orientar les noves tecnologies al servei de les necessitats dels pacients i facilitaran sense cap dubte el canvi cultural dels professionals.

ANNEX 1. Definició de pacient pluripatològic

Categoria A:

1. Insuficiència cardíaca que en situació d'estabilitat clínica hagi estat en grau II de la NYHA.¹
2. Cardiopatia isquèmica.

Categoria B:

1. Vasculitis i malalties autoimmunitàries sistèmiques.
2. Malaltia renal crònica definida per l'elevació de creatinina (>1,4 mg/dl en homes o >1,3 mg/dl en dones) o proteïnúria² mantingudes durant tres mesos.

Categoria C:

1. Malaltia respiratòria crònica que en situació d'estabilitat clínica hagi estat amb dispnea grau 2 de la MRC,³ o FEV1 < 65%, o SaO2 < 90%.

Categoria D:

1. Malaltia inflammatòria intestinal.
2. Hepatopatia crònica amb dades d'insuficiència hepatocel·lular⁴ o hipertensió portal.

Categoria E:

1. Atac cerebrovascular.
2. Malaltia neurològica amb dèficit motor permanent que provoqui una limitació per a les activitats bàsiques de la vida diària (índex de Barthel inferior a 60).
3. Malaltia neurològica amb deteriorament cognitiu permanent, almenys moderat (Pfeiffer amb 5 o més errors).

Categoria F:

1. Arteriopatia perifèrica simptomàtica.
2. Diabetis mellitus amb retinopatia proliferativa o neuropatia simptomàtica.

Categoria G:

1. Anèmia crònica per pèrdues digestives o hemopatia adquirida no subsidiària de tractament curatiu que presenta Hb < 10 mg/dl en dues determinacions separades més de tres mesos.
2. Neoplàsia sòlida o hematològica activa no subsidiària de tractament amb intenció curativa.⁵

Categoria H:

1. Malaltia osteoarticular crònica que provoqui per si mateixa una limitació per a les activitats bàsiques de la vida diària (índex de Barthel inferior a 60).

(Ha d'estar almenys en dues de les vuit categories.)

1. Lleugera limitació de l'activitat física. L'activitat física habitual li produeix dispnea, angina, cansament o palpitations.
2. Índex albúmina/creatinina > 300 mg/g, microalbuminúria > 3 mg/dl en mostra d'orina o albúmina > 300 mg/dia en orina de 24 hores.
3. Incapacitat de mantenir el pas d'una altra persona de la mateixa edat, caminant en terreny pla, per la dificultat respiratòria, o haver d'aturar-se a descansar en caminar en terreny pla al propi pas.
4. INR > 1,7, albúmina < 3,5 g/dl, bilirrubina > 2 mg/dl.
5. Definida per la presència de dades clíniques, analítiques, ecogràfiques o endoscòpiques.

ANNEX 2. Escala de Barthel (activitats bàsiques de la vida diària)

Paràmetre	Situació del pacient	Puntuació
Menjar	- Totalment independent	10
	- Necessita ajuda per tallar carn, pa, etc.	5
	- Dependent	0
Rentar-se	- Independent: entra i surt sol del bany	5
	- Dependent	0
Vestir-se	- Independent: capaç de posar-se i de llevar-se la roba, embotonar-se, fermar-se les sabates	10
	- Necessita ajuda	5
	- Dependent	0
Arreglar-se	- Independent per rentar-se la cara, les mans, pentinar-se, afaitar-se, maquillar-se, etc.	5
	- Dependent	0
Deposicions (s'ha de valorar la setmana prèvia)	- Continència normal	10
	- Ocasionalment algun episodi d'incontinència, o necessita ajuda per administrar-se supositoris o lavatives	5
	- Incontinència	0
Micció (s'ha de valorar la setmana prèvia)	- Continència normal, o és capaç de tenir cura de la sonda si en duu	10
	- Un episodi diari com a màxim d'incontinència, o necessita ajuda per tenir cura de la sonda	5
	- Incontinència	0
Usar el vàter	- Independent per anar al bany, llevar-se i posar-se la roba...	10
	- Necessita ajuda per anar al bany, però es neteja tot sol	5
	- Dependent	0
Traslladar-se	- Independent per anar de la butaca al llit	15
	- Mínima ajuda física o supervisió per fer-ho	10
	- Necessita una gran ajuda, però és capaç de mantenir-se assegut tot sol	5
	- Dependent	0
Deambular	- Independent, camina tot sol 50 metres	15
	- Necessita ajuda física o supervisió per caminar 50 metres	10
	- Independent en cadira de rodes sense ajuda	5
	- Dependent	0
Escales	- Independent per baixar i pujar escales	10
	- Necessita ajuda física o supervisió per fer-ho	5
	- Dependent	0

Màxima puntuació: 100 punts (90 si va en cadira de rodes)

Resultat	Grau de dependència
<20	Total
20-35	Greu
40-55	Moderat
≥60	Lleu
100	Independent

Referències bibliogràfiques

1. Polo, M. P. (2005). *La Salud de la Población Española en el contexto europeo y del Sistema Nacional de Salud. Indicadores de salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/tabla/Indicadores5.pdf> [Consultat el 15 de juliol de 2010].
2. Orte, C., i March, M.X. (2009). «La realitat de la gent gran a les Illes Balears». *Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2009*. Palma: Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal (Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració i Universitat de les Illes Balears).
3. Ministerio de Sanidad y Consumo (1989). *Clasificación internacional de enfermedades. 9ª revisión. Modificación Clínica*. Madrid: INSALUD.
4. Benito, E., Santamaría, J., Linares, A., García, E. i Romero, R. (2007). «Cuidados paliativos en Mallorca: la respuesta sanitaria al proceso terminal». *Medicina Balear*, 22, 21-27.
5. «Cronología del caso Severo Ochoa». *El País*. http://www.elpais.com/articulo/sociedad/Cronologia/caso/Severo/Ochoa/elpepuesp/20070622elpepusoc_6/Tes [Consultat el 18 de juliol de 2010].
6. Lorda, P. S. (2010). *Muerte digna en España*. <http://www.ajs.es/downloads/vol1624.pdf> [Consultat el 18 de juliol de 2010].
7. Borrell, C. i Artacoz, L. (2008). «Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro». *Revista Española de Salud Pública*, 82, 241-249.
8. Aguado-Romeo, M. J., Márquez-Calderón, S. i Buzón-Barrera, M. L. (2006). «Diferencias entre mujeres y varones en el acceso a procedimientos cardiovasculares intervencionistas en los hospitales públicos de Andalucía». *Revista Española de Cardiología*, 59, 785-793.
9. Ollero, M., Cabrera, J. M., De Ossomo, M., De Villar, E., García, D., Gómez, E. [et al.] (2002). *Atención al paciente pluripatológico: proceso asistencial integrado*. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía.
10. Ramírez, N. (2008). *Características clínicas, funcionales, mentales y sociales de pacientes pluripatológicos en atención primaria y en un servicio de Medicina Interna*. Tesis doctoral no publicada. Sevilla: Universidad de Sevilla.

11. *Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estandares y recomendaciones* (2009). Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR_UPP.pdf [Consultat el 18 de juliol de 2010].
12. Fernández, M. (2008). «El paciente pluripatológico en el ámbito hospitalario». *Gaceta Sanitaria*, 22, 139-142.
13. Femenias, M. *Características sociosanitarias de los pacientes ingresados en un servicio de medicina interna en un hospital de tercer nivel*. http://ramcib.caib.es/esp/premios/resolucion_premios07.htm [Consultat el 18 de juliol de 2010].
14. Cid-Ruzafa, J. i Damián-Moreno, J. (1997). «Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel». *Revista Española de Salud Pública*, 71, 127-137.
15. Mahoney, F. I. i Barthel, D. W. (1965). «Functional evaluation: the Barthel index. A simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill». *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
16. Formiga, F., Marcos, E., Solé, A., Valencia, E., Lora-Tamayo, J. i Pujol, R. (2005). «Síndrome confusional agudo en pacientes ancianos ingresados por patología médica». *Revista Clínica Española*, 484-488.
17. Campos, E. i Mestre, C. (2009). «L'atenció sociosanitària a Mallorca». *Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2009*. Palma: Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal (Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració i Universitat de les Illes Balears).
18. Soldevilla, J. J., Torra i Bou, J. E., Verdú, J. i Martínez, F. (2006). «2º estudio nacional de prevalencia de úlceras por presión en España, 2005. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes». *Gerokomos*, 17 (3), 154-172.
19. López, J. (2005). *Personas mayores viviendo solas. La autonomía como valor al alza*. Madrid: Colección Estudios. Personas Mayores.
20. Kornblit, A. (1984). *Somática familiar. Enfermedad crónica y familia*. Barcelona: Gedisa.
21. Bengoa, R. (2008). *Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar*. Colección Economía de la Salud y Gestión Sanitaria. Madrid: Elsevier Masson.

Autors

JORDI FORTEZA-REY BORRALLERAS

Palma 1951. Llicenciat en Medicina i Cirurgia per la Universitat Central de Barcelona (1975). Màster en Salut Pública per la Universitat Lliure de Brussel·les (1985). Doctor en Medicina per la Universitat Autònoma de Barcelona (1991) (VIH i consum de heroïna). Des de 1980 és metge de plantilla del Servei de Medicina Interna de l'Hospital Universitari Son Dureta (HUSD) i actualment és coordinador d'aquest servei. Ha estat professor associat i col·laborador del Departament de Biologia Fonamental i Ciències de la Salut i cap d'estudis de l'HUSD. Codirector de dues tesis doctorals.

Les seves línies de recerca han estat fins als anys noranta els problemes mèdics de les drogodependències, posteriorment la patologia cardiovascular, i des de l'any 2000 la insuficiència cardíaca i les malalties cròniques, juntament amb l'envelliment. Ha publicat més de trenta articles citats a PubMed relacionats amb aquestes àrees.

IRUNE SALABERRY NAVARRO

Palma 1980. Diplomada en Treball Social per la Universitat de les Illes Balears (2001) i llicenciada en Sociologia per la Universitat de Barcelona (2008). Des de 2002 treballa com a treballadora social al Servei d'Atenció al Pacient de l'Hospital Universitari Son Dureta.

Professora de formació pràctica d'alumnes matriculats en el Pràcticum de Treball Social.

La seva línia d'investigació és l'aplicació del model integral biopsicosocial als pacients hospitalitzats, preferentment als crònics.

L'any 2008 va ser coautora del treball que guanyà el premi de la Reial Acadèmia de Medicina i Cirurgia de Palma, « Características socio sanitarias de los pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna».

Actualment col·labora en el projecte de la Unitat de Pluripatològics de l'Hospital Son Espases.

MARIA MAGDALENA FEMENIAS SUREDA

Palma 1974. Llicenciada en Medicina i Cirurgia per la Universitat de Saragossa (1998). Especialista en Medicina Interna (2007). Diplomada Universitària per la UAB en Edat Avançada i Pluripatologia (2009).

Des de 2007 ha treballat a la Unitat de Valoració Sociosanitària i a la Unitat d'Hospitalització a Domicili de l'Hospital Universitari Son Dureta. Actualment exerceix la seva tasca assistencial en l'àrea d'Hospitalització de Medicina Interna i participa en el projecte de continuïtat assistencial amb medicina comunitària.

L'any 2008 va ser coautora del treball que guanyà el premi de la Reial Acadèmia de Medicina i Cirurgia de Palma, « Características socio sanitarias de los pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna». Ha presentat 19 comunicacions a congressos, 8 de les quals com a primera signant, relacionades amb aspectes del diagnòstic clínic i la comorbiditat.

Ha obtingut la suficiència investigadora, i el seu projecte de tesi es relaciona amb factors pronòstics en nonagenaris.