

# UNITATS ASSISTENCIALS GERIÀTRIQES A MALLORCA



## **Unitats assistencials geriàtriques a Mallorca**

Miquel Josep Oliver Ramon  
Margarita Viñuela Benítez  
Nicolás Flaquer Terrasa

## Resum

En el context de l'envelliment progressiu de la població, fruit d'una banda del descens de la natalitat i alhora de la prolongació de l'esperança de vida per a totes les edats, l'assistència a la vellesa suposa un repte per als que actuem ja sigui des de l'àmbit del sector sanitari com des del social, ja sigui com a proveïdors de serveis o com a gestors de recursos. I això és així perquè els recursos són limitats i la projecció de població potencialment usuària és cada vegada més nombrosa tant en xifres absolutes com percentuals; a més, aquesta població és cada vegada més coneixedora dels seus drets i el seu nivell de formació és més elevat.

És en aquest context d'oportunitats, però també canviant i competitiu, on l'aposta per impulsar serveis específics i especialitzats per atendre les necessitats de les persones grans no pot suposar més que un encert, si es fa amb el rigor que avui ens brinda la medicina basada en l'evidència, conjuntament amb una gestió acurada dels recursos.

En aquest capítol es pretén plasmar l'aportació que hem fet des d'unitats assistencials geriàtriques els distints professionals que hi participam amb un nexa comú, com és el de l'exercici de l'assistència geriàtrica especialitzada depenent del servei de salut de Mallorca. Entenem la transcendència de la labor dels geriatres que treballen en el medi residencial, com també dels canvis en l'organització del sistema d'atenció socials i sanitaris, que s'intenten adaptar alhora a l'evolució de la pròpia estructura social, sobretot pel que fa a l'atenció a les persones grans dependents o en risc d'adquirir aquesta condició, i participam en un sector sociosanitari emergent, que no lliure d'entrebancs, intenta assumir el lideratge d'una assistència tan complexa com necessària i dinàmica.

## Resumen

En el contexto del envejecimiento progresivo de la población, fruto por una parte del descenso de la natalidad y por otro de la prolongación de la esperanza de vida para todas las edades, la asistencia a la vejez supone un reto para los que actuamos ya sea desde el ámbito del sector sanitario como desde el social, ya sea como proveedores de servicios o como gestores de recursos. Y esto es así porque los recursos son limitados y la proyección de la población potencialmente usuaria es cada vez más numerosa tanto en cifras absolutas como porcentuales, además esta población cada vez es más conocedora de sus derechos y su nivel de formación es más elevado.

Es en este contexto de oportunidades, pero también cambiante y competitivo, donde la apuesta por impulsar servicios específicos y especializados para atender las necesidades de las personas mayores no puede suponer más que un acierto, si se realiza con el rigor que

hoy en dia nos brinda la medicina basada en la evidencia, conjuntamente con una gestión adecuada de los recursos.

En este capítulo se pretende plasmar la aportación que hemos hecho desde unidades asistenciales geriátricas los distintos profesionales que participamos con un nexo común, como es el del ejercicio de la asistencia geriátrica especializada dependiente del servicio de salud de Mallorca. Entendemos la trascendencia de la labor de los geriatras que trabajan en el medio residencial, así como de los cambios en la organización de los sistemas de atención sociales y sanitarios, que intentan adaptarse a su vez a la evolución de la propia estructura social, sobre todo en lo que respecta a la atención a las personas mayores dependientes o en riesgo de adquirir esta condición, y participamos en un sector sociosanitario emergente, que no libre de amenazas, intenta asumir el liderazgo de una asistencia tan compleja como necesaria y dinámica.

---

## 1. Introducció

Entenem que l'envelliment d'una població, en l'àmbit dels països desenvolupats, suposa l'augment de la proporció de persones d'edat avançada, normalment de les persones més grans de seixanta-cinc anys, respecte del total dels seus individus. Com ja és sabut, el descens de la natalitat i els corrents migratoris tenen també un impacte en l'evolució d'aquesta proporció.

Si actualment a les Illes Balears la població d'aquest grup d'edat representa el 14%, el 2015 es creu que es mourà entorn del 16%, tot i que seguirem sent una comunitat relativament jove respecte de la resta del país, on aquest percentatge s'acostarà al 20%.

Un fet rellevant és que la xifra de defuncions es concentra especialment en les edats superiors i es produeix un ràpid increment del grup de persones que superen els vuitanta anys; és l'anomenat sobreenvelliment. De manera paral·lela, l'esperança mitjana de vida en el naixement presenta una tendència a créixer moderadament, fins a situar-se, d'acord amb les dades calculades per l'INE per a 2005 a les Illes Balears, en 74 anys per als homes i més de 81,5 anys per a les dones.

Aquesta diferència entre sexes afavoreix que el fenomen del sobreenvelliment sigui més important entre la població femenina.

Hem de compartir la percepció que l'envelliment suposa un fet profundament positiu per a una majoria de sexagenaris i de persones grans en general, que tradueix una conquesta social i alhora és fruit de les millores higièniques i sanitàries, així com d'uns

hàbits de vida més saludables i d'una participació més gran en el si de la societat. Però no és menys cert que en aquesta etapa de la vida augmenta la incidència i prevalença de malalties degeneratives, en les quals el fet d'envellir suposa un factor de risc per si mateix. I potser el que és més preocupant són les taxes d'incidència i prevalença de situacions de dependència que es van acumulant en els estrats progressivament més envellits de la població; així, per exemple, valoram que un 6% de la població més gran de seixanta-cinc anys pateix limitacions severes per a l'autonomia en activitats bàsiques de la vida diària.

La repercussió d'aquests aspectes en la provisió de serveis socials i sanitaris passa per reconèixer certs aspectes fonamentals i distintius d'aquest col·lectiu de persones grans: en elles la malaltia té una incidència més gran i amb més freqüència s'associen diverses patologies en un mateix individu; les malalties agudes duren més i sovint es cronifiquen; augmenta la incidència i prevalença de les situacions d'incapacitat; augmenta el consum de recursos sanitaris tant d'atenció primària com especialitzada; així com també augmenta el consum de fàrmacs, cures continuades i recursos socials.

És també necessari definir distints nivells de necessitats sanitàries que les persones grans demanen i també cal considerar que els perfils de necessitats sanitàries són de fet canviants i que una resposta assistencial inadequada d'aquesta demanda sol associar-se a un risc més gran de progressió envers situacions de més deteriorament.

Els perfils que es reconeixen de manera objectiva i consensuada són:

- persones grans sanes.
- persones grans malaltes.
- ancians d'alt risc i/o ancians fràgils.
- pacients geriàtrics.

Cal aclarir que tant les persones grans sanes com les malaltes que no compleixen criteris de pacient geriàtric poden ser ateses sense problemes pels serveis sanitaris tradicionals.

D'altra banda, són els grups d'ancians d'alt risc i els de pacients geriàtrics els que justifiquen una reorientació del model assistencial, un model que ha de promocionar l'atenció geriàtrica específica i especialitzada i que ha de permetre:

- L'accés dels ancians fràgils i d'alt risc a recursos destinats a la prevenció i la detecció precoç de problemes de salut, com també l'accés a recursos assistencials que possibilitin un diagnòstic i tractament eficaços per prevenir situacions de dependència.
- El reconeixement del perfil de pacient geriàtric com a pacient diana que planteja problemes específics i especials, diferents de la resta d'adults més joves, entre aquests:

la prevalença de dificultats per a la seva pròpia cura, el deteriorament cognitiu, les dificultats dels seus cuidadors i fins i tot l'elevat risc de deteriorament durant un ingrés hospitalari convencional.

Entenem com a qualitats bàsiques per a l'assistència sanitària a les persones grans els atributs següents:

- Integral: s'afegeixen al concepte biomèdic d'assistència tradicional les esferes funcional, mental i social.
- Integrada: és a dir, els recursos especialitzats han d'estar integrats en la xarxa d'assistència sanitària de la població general.
- Integradora: és a dir, l'assistència està encaminada a aconseguir la permanència de la persona gran en el seu entorn habitual, mentre això sigui possible, en condicions de dignitat per a la persona.
- Terapèutica i rehabilitadora, apuntant al diagnòstic causal de la malaltia i al seu tractament eficaç, per tal de prevenir les possibles seqüeles i dependència.
- Precoç i que permeti una estratègia preventiva.
- Progresiva: graduant la intensitat de l'esforç diagnòstic i terapèutic.
- Continuada en el temps, de manera que garanteixi el contínuum de cures adequades a cada moment del procés assistencial.
- Cal que disposi d'una dotació estructural adaptada a les necessitats canviants dels ancians fràgils i pacients geriàtrics.
- Coordinada: entre els proveïdors de recursos sanitaris i els socials; s'ha de cercar la sinergia i la màxima eficiència.

## 2. El desenvolupament de la geriatria a les Illes Balears i a Mallorca

1. Juntament amb el fenomen d'envelliment progressiu de la població mallorquina, l'aparició de situacions de dependència entre el col·lectiu de gent gran ens porta a la realitat dels nostres dies; segons l'enquesta de discapacitat, autonomia personal i situacions de dependència publicada per l'INE el 2008, a les Balears hi viuen 49.800 persones amb seixanta-cinc o més anys amb alguna discapacitat per realitzar activitats bàsiques de la vida diària; d'aquestes, més de la meitat (unes 27.000) no rebrien a hores d'ara cap tipus d'ajuda.

Recentment, la OCDE estima que la despesa pública destinada a cures per problemes relacionats amb la salut passarà de suposar el 5,5% del PIB actual a trobar-se en una forquilla entre el 7,8 i el 9,6% el 2050, mentre que les cures de llarga durada passaran de suposar el 0,2% del PIB a augmentar fins a significar entre l'1,9 i el 2,6% del PIB, aquest últim fonamentalment per les prestacions relacionades amb situacions de dependència.

Una població envellida com la mallorquina necessita el desenvolupament d'una assistència sanitària adaptada a les seves necessitats, sense més retard.

Tot i que som una de les comunitats autònomes més joves d'Espanya, no ens escapam de les conseqüències del *boom* demogràfic que transformarà en uns anys els que naixeren en el *baby boom* dels anys cinquanta.

Al llarg dels últims quinze anys, s'han editat i debatut diferents plans gerontològics en l'àmbit dels serveis socials de les Illes Balears; a més, s'han iniciat canvis en el sistema sanitari propiciats per la dimensió gerontològica i geriàtrica que ha impregnat distints plans socio-sanitaris, que de manera parcial, a poc a poc, s'han anat desenvolupant.

En concret, el 1996, la Direcció General d'Acció Social publicà el Pla Integral de les Persones Majors encaminat a establir uns principis normatius per a la provisió de recursos socials per a la gent gran; a més, el pla establia recursos dirigits a les persones grans dependents, canalitzava ajuts per a persones amb habitatge precari, promovia la transformació de places residencials de vàlids en places per a usuaris assistits, així com també creava noves places i proposava programes de suport als cuidadors, a més d'altres aspectes dirigits a promocionar l'associacionisme i la participació de la gent gran en la vida social.

El 2001, la Conselleria de Benestar Social, a través de l'Institut Balear d'Afers Socials, va publicar el Pla Estratègic de les Persones Majors. Aquest pla va desenvolupar els eixos iniciats en l'anterior, va augmentar ràtios de serveis com el d'ajuda a domicili o teleassistència, va crear places d'estades diürnes destinades a persones amb demència, va continuar amb la creació i dotació de noves places residencials i amb la concertació i la reconversió de places de vàlids a places per a assistits. Aspectes nous foren la creació de serveis de tutela d'adults en situació d'incapacitat jurídica. A més, es va engegar el programa d'acolliment familiar de persones grans i es va continuar la necessària reglamentació de serveis socials per a persones grans; també es varen promoure d'altres iniciatives de suport a cuidadors i d'altres de tipus científic i cultural, així com mesures preventives contra l'exclusió i afavoridores de la cohesió social.

Es pot assegurar que aquests plans han contribuït a disminuir els prejudicis que a priori romanen en el col·lectiu social envers la vellesa. Cal reconèixer que aquest context facilitador provinent de la gerontologia social suposa un estímul i un referent per a equips assistencials que tradicionalment han actuat dins el sistema sanitari especialitzat normalment d'esquena a la realitat del món domiciliari i residencial, dos nivells assistencials imprescindibles per garantir la continuïtat assistencial al pacient geriàtric. Tot i així queda molt de camí per recórrer en l'adequació de serveis capaços de cobrir aquest espai socio-sanitari amb expertesa en la gestió de casos i qualitat.

En els últims anys, les unitats de cures paliatives i l'ESAD han desenvolupat programes d'atenció al pacient terminal no oncològic i al pacient immobilitzat. Cal dir que aquests programes tenen una activitat inferior a l'esperada, en comparació amb altres àrees i comunitats autònomes.

La gerència d'atenció primària també ha rebut un estímul en assumir el seu paper en la detecció de l'ancià de risc, en la incorporació de protocols de cribatge de deterioració funcional i mental, així com en el control de factors de risc social. Prova d'aquest fet és la posada en marxa, el juny del 2000, del programa d'atenció a l'ancià, que articula mesures de prevenció i provisió d'assistència a les persones grans i que detecta situacions de risc en prop de vint mil usuaris.

També s'han reorientat recursos residencials per garantir l'eficàcia de l'atenció als ancians amb necessitat més gran de cures. Això ha canviat el perfil dels usuaris en aquest nivell i ha exigít també una qualificació més alta dels equips assistencials.

Hem de reconèixer que la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i d'atenció a les persones en situació de dependència, ha fet possible l'accés a recursos socials que eren força necessaris per a la població anciana dependent. Entenem que era una llei necessària i quasi urgent però que tampoc no és la panacea, sobretot en moments de crisi econòmica com l'actual.

Des de societats científiques se segueix qüestionant l'eficàcia de les mesures preventives de les situacions de dependència, sobretot les mesures que cal que estiguin coordinades amb els recursos sanitaris i, en el cas del col·lectiu de gent gran, coordinades amb recursos pròpiament geriàtrics.

En aquest capítol explicarem, juntament amb una breu introducció amb perspectiva dels últims vint anys, la situació real dels recursos específicament geriàtrics que actualment donen servei a la nostra comunitat en l'àmbit de l'àrea sanitària de l'illa de Mallorca.

Tractarem també d'indicar possibles vies de millora en l'adequació de recursos especialitzats en un futur pròxim.

2. Cal fer aquí un incís i definir la geriatria com la branca de la medicina dedicada als aspectes preventius, clínics, terapèutics i socials de les malalties en les persones grans.

Els aspectes diferencials de la geriatria respecte d'altres especialitats serien:

-La utilització de la valoració integral de l'ancià com a eina per al diagnòstic de: malalties orgàniques, la capacitat funcional, l'estat mental i l'entorn sociofamiliar.



-Treball en equip interdisciplinari, entès com la tasca duta a terme per distints professionals amb un objectiu comú i que es comuniquen coneixent la feina de l'altre i coneixent tots l'evolució del pacient.

-Estructurada en nivells assistencials: per tal d'aconseguir una atenció continuada i coordinada, en la qual les unitats assistencials geriàtriques queden definides i estructurades en: unitat geriàtrica d'aguts, unitat de mitjana estada/convalescència, unitat de llarga estada, hospital de dia, atenció domiciliària, residències.

Cal aclarir que l'activitat realitzada en residències ha estat gestionada tradicionalment pels serveis socials i no queda recollida en l'actual capítol, ja que necessita una anàlisi més profunda i rigorosa en properes edicions.

3. On s'ha desenvolupat amb més vitalitat la geriatria ha estat en les àrees de coneixement de programes de formació de professionals com: infermers, fisioterapeutes, treballadors socials....., i això s'ha traduït amb la incorporació i consolidació de l'estudi de l'envelliment i la patologia associada en els seus plans de formació.

En els últims anys empreses com GESMA també han incorporat en els plans de formació la geriatria i la gerontologia com àrees de coneixement, dedicant recursos a realitzar cursos de mestratge en distints hospitals públics de Mallorca.

No menys cert es que la incorporació i integració de metges especialistes en geriatria en equips com unitats geriàtriques d'aguts, UVASS, ESAD, unitats d'ortogeriatria, unitats de convalescència, i llarga estada es troba encara endarrerida.

#### 4. El desenvolupament d'un model assistencial gerontològic

Davant l'imperatiu de generar nous recursos d'atenció a les persones grans i de reorientar-ne i transformar-ne d'altres amb aquesta mateixa finalitat, s'estableixen històricament dues vies de desenvolupament d'unitats assistencials geriàtriques.

4.1. Una primera via és la integrada en l'atenció especialitzada, que assumeix els reptes de la coordinació amb recursos d'atenció primària però també amb altres recursos socio-sanitaris tant de titularitat pública com privada concertada.

En aquest sentit, el 1996 es creà la Unitat de Geriatria de l'Hospital Son Dureta i s'ubicà a la Clínica Verge de la Salut, una clínica d'uns seixanta llits amb activitat medicoquirúrgica que aleshores donava suport als serveis de medicina i oncologia.

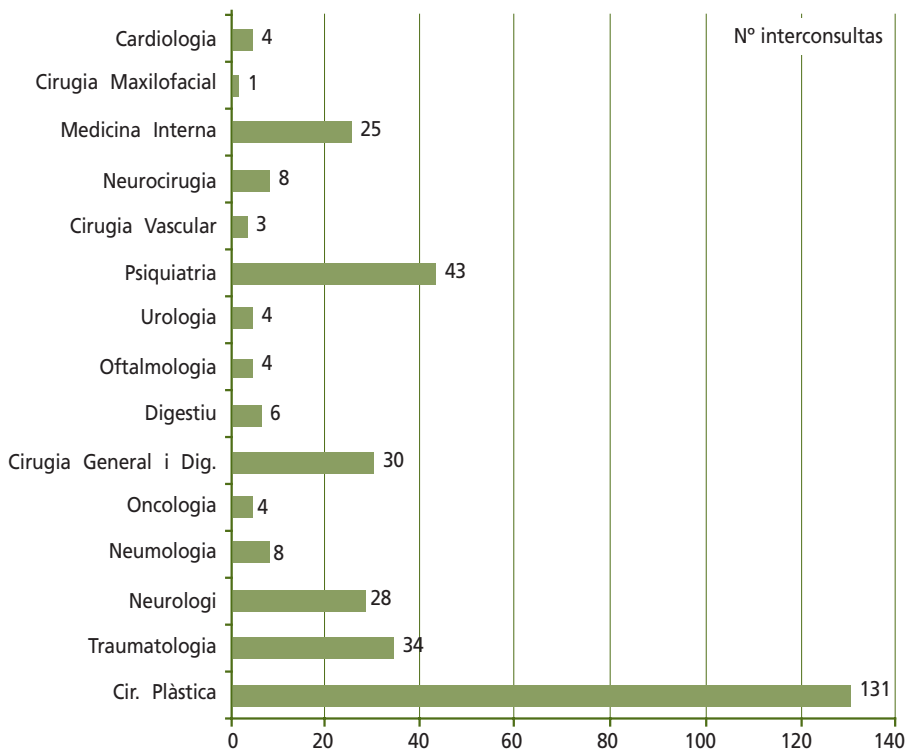
Aquest primer plantejament afavorí, d'una banda, la relació entre el geriatre i l'equip de pal·liatiu, en l'atenció al sofriment al final de la vida, però d'altra banda dificultà l'accés

de l'equip de valoració i cures geriàtriques al flux de pacients de l'Hospital d'Aguts. Altres activitats desenvolupades foren la derivació a estades temporals a residències d'ancians i l'atenció directa de pacients geriàtrics en llits de mitjana estada adscrits al servei de medicina interna de Verge de la Salut. Cal dir que aquesta unitat mai no va estar dotada de fet amb un equip interdisciplinari complet, com així es va recollir a l'auditoria d'INSALUD de 1998.

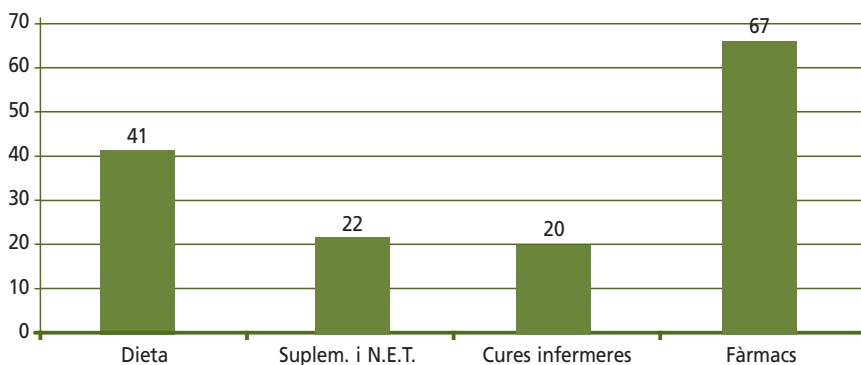
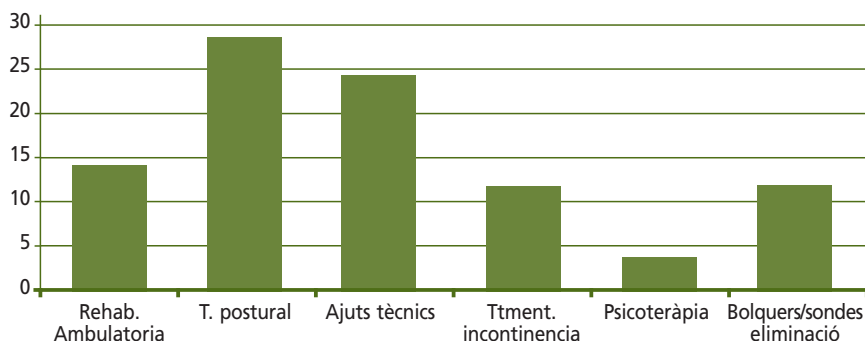
Tot i així, es desenvolupà una incipient activitat valoradora específicament geriàtrica i afavoridora de la gestió d'altres de pacients complexos. Dades recollides de l'activitat de l'EVCG, realment precursora de la UVASS de l'Hospital Son Dureta, mostren que es varen atendre 407 interconsultes i el perfil dels pacients valorats va correspondre al del pacient geriàtric típic, amb pluripatologia prevalent i incident, amb síndromes geriàtriques, amb deteriorament funcional i mental i amb dificultats de realització del pla de cures. L'activitat es va dur a terme amb la introducció d'escala de valoració funcional, mental i social que després s'han seguit utilitzant per a aquesta tasca.

Els gràfics 1 a 6 documenten la procedència i la destinació dels malalts, així com la tasca diagnòstica i terapèutica realitzada.

**Gràfic 1 | Serveis sol·licitants d'interconsulta a l'EVCG**





**Gràfic 5 | Tractaments a l'alta (en percentatge de pacients. N=100)****Gràfic 6 | Plans de cures a l'alta (en percentatge de pacients. N=100)**

A pesar dels adequats resultats qualitius, s'ha de reconèixer que l'EVCG de l'Hospital Universitari Son Dureta, igual que els altres nou que varen funcionar al conjunt de l'INSALUD durant els anys noranta, no va donar el rendiment esperat. L'anàlisi d'aquest fet concorda amb els estudis realitzats a altres països amb relació a unitats interconsultores geriàtriques. Winograd i Steams (1990) i posteriorment Stuck (1993), en la seva coneguda metaanàlisi, identificaren les possibles causes d'ineficàcia d'aquest tipus de programes: selecció inadequada de pacients pels metges derivadors, escàs compliment de les recomanacions fetes pels equips interconsultors, falta d'infraestructura per assumir la responsabilitat directa dels plans de cures, absència de seguiment dels pacients després de l'alta hospitalària, retard en la

sol·licitud d'interconsulta o en el període des de la sol·licitud fins a la intervenció. Malhauradament, totes aquestes limitacions també varen pesar en el dia a dia de l'EVCG del nostre hospital de referència.

Tot i així, són indubtables els beneficis aconseguits en diversos hospitals espanyols en l'àmbit de l'ortogeriatria; valguin les experiències de Sánchez Ferrín (1999), Vidán (1998), Cruz Jentoft (1994), Reig Puig (1996) o González-Montalvo (1996) que, utilitzant aquest tipus de model interconsultor, han demostrat les millores següents: un nombre més baix de consultes urgents, un nombre més baix d'interconsultes, disminució de complicacions generals, un nombre més baix de fàrmacs, una més baixa mortalitat intrahospitalària, detecció de problemes ocults, estada mitjana hospitalària més curta, menys retard en l'inici de la rehabilitació, un percentatge més alt de trasllats a centres rehabilitadors, millora funcional a l'alta, una eficiència més gran en la gestió de llits i un nombre més gran de diagnòstics que resulten en modificacions en el tractament.

Com a conseqüència d'aquest procés desigual arreu del territori INSALUD, l'any 2002, i ja amb la sanitat transferida a la nostra comunitat autònoma, es liquiden tots els programes d'EVCG i s'intenta alhora configurar una UFISS amb un marcat component geriàtric, que al final es dirà UVASS i, per motius no explicitats però segurament d'índole diguem-ne organitzativa, després d'un trimestre de col·laboració prescindirà de la Unitat de Geriatria de l'Hospital Son Dureta, que es reubicarà a l'Hospital de la Creu Roja, on desenvolupa la seva activitat fins a l'actualitat.

Un altre recurs geriàtric especialitzat fou el creat també el 1996, quan es va iniciar l'activitat assistencial a la consulta externa de geriatria de l'Hospital Son Dureta, aleshores ubicada a la Clínica Verge de la Salut i a partir de 2002 reubicada a l'Hospital de la Creu Roja de Palma. La seva activitat s'ha centrat en la valoració de pacients amb síndromes geriàtriques: deteriorament físic o mental, pluripatologia crònica i invalidant, polifarmàcia, desnutrició proteicoalòrica, incapacitat per a les funcions normals d'extremitats, incontinència urinària i/o fecal, caigudes de repetició, problemàtica social afegida que condicioni processos diagnòstics o plans de cures.

En el context d'un sistema sanitari modern, amb una gestió sectoritzada i amb recursos de qualitat contrastada, crida l'atenció la manifesta manca de recursos geriàtrics especialitzats.

Diversos experts han analitzat comparativament el desenvolupament d'aquests recursos arreu del territori espanyol (Ruipérez [et al.] 2003) i ens situen entre les comunitats amb nivells baixos de cobertura, al voltant de l'11%. És evident que les Balears no tenen garantida una adequada assistència geriàtrica a pacients aguts en la majoria dels seus hospitals generals i hi ha sectors i àrees sanitàries encara desprovists de qualsevol recurs d'aquest tipus.

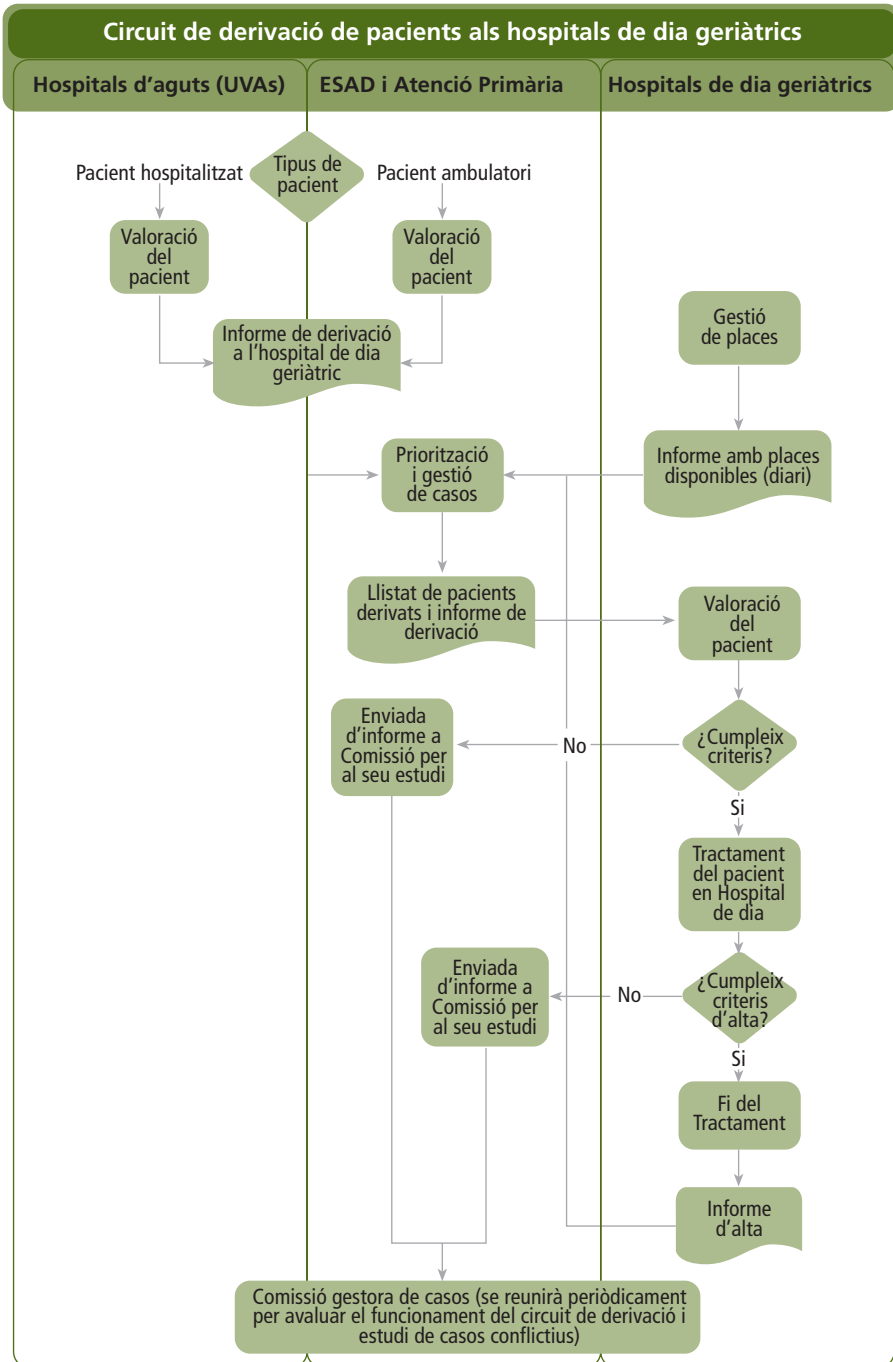
4.2. La via sociosanitària ha pogut emergir a través dels plans sociosanitaris impulsats en els anys 2003 i 2006 a la nostra comunitat autònoma.

El desenvolupament d'unitats assistencials geriàtriques s'ha impulsat des de l'any 2005 a Mallorca en l'àmbit dels hospitals sociosanitaris de Sant Joan de Déu i de la Creu Roja mitjançant una gestió concertada.

Al llarg del 2005, l'ESAD va iniciar la tasca de coordinació de les derivacions als hospitals de dia geriàtrics.

S'ha elaborat, per part del Servei de Salut i amb la participació de l'ESAD, el protocol de derivació de pacients a l'Hospital de Dia Geriàtric (subdirecció d'AP i 061 de l'IB-Salut, 2004).

*Definició circuit de derivació de pacients. GAP.*



L'autorització del servei d'ambulància el realitza l'ESAD, si bé els respectius hospitals de dia geriàtrics són els que concreten la petició d'aquest servei segons la situació funcional i les barreres arquitectòniques en el domicili de manera individualitzada.

Més del 90% dels trasllats del domicili a l'hospital els realitza el servei d'ambulàncies de manera coordinada.

L'activitat coordinadora de l'ESAD ha suposat la creació d'un nou tipus de coordinació de recursos entre atenció primària, atenció especialitzada i els hospitals sociosanitaris concertats, així com el servei d'ambulàncies. Qualitativament, ha suposat un esforç en la utilització de sistemes de comunicació, que s'han consensuat entre derivadors i proveïdors de serveis i que actualment estan coordinats per la Direcció de Cures i Coordinació Sociosanitària de l'IB-Salut.

**Taula 1** | *ESAD. Activitat coordinadora de derivació als HDDG (dades agrupades dels HCR+HSJDD)*

HOSPITAL DE DIA GERIÀTRIC	2006		2009	
	Derivacions	%	Derivacions	%
Hospital	131	57,2	148	55
EAP	98	42,8	121	45
Total	229	100	269	100

Cal aclarir que les derivacions procedents de recursos hospitalaris inclouen també les unitats assistencials geriàtriques explicades al llarg d'aquest capítol, fet que ens porta a reflexionar sobre el grau d'adequació com a unitats derivadores d'altres recursos, com és el cas de l'UVASS, ubicats als hospitals d'aguts.

Hem d'aclarir que, a pesar de les accions informatives dels hospitals de dia geriàtrics en els hospitals d'aguts de referència i del fet de sotmetre's a un control de l'activitat i els resultats, sembla que aquesta via de derivació no està prou implementada. Tal vegada per optimitzar aquesta via caldria afavorir el flux d'informació tant als serveis especialitzats hospitalaris, que compten amb metges i equips potencialment derivadors, com als valoradors (UVASS).

Cal insistir que els graus d'eficàcia i eficiència són totalment equiparables entre hospitals de dia geriàtrics i altres unitats de recuperació funcional com les unitats de mitjana estada i unitats de convalsència (Forster [et al.] 2008).



**Taula 2** | *ESAD. Activitat coordinadora de derivació als HDDG (dades agrupades dels HCR+HSJDD)*

HOSPITAL DE DIA GERIÀTRIC	2006		2009	
Destinació			Derivacions	%
Hospital Creu Roja	123	53,3	119	44,2
Hospital Sant Joan de Déu	106	46,7	150	55,8
Total	229	100	269	100

L'equip assistencial de l'hospital de dia geriàtric que rep el pacient està obligat a donar compte de l'ocupació a diari a l'òrgan regulador, és a dir, l'ESAD.

**Taula 3** | *ESAD. Activitat coordinadora de derivació als HDDG (dades agrupades dels HCR+HSJDD)*

HOSPITAL DE DIA GERIÀTRIC	2006		2009	
Motiu			Derivacions	%
Rehabilitació	190	83,0	216	80,3
Situacions socials	11	4,8	19	7,1
Altres	28	12,2	34	12,6
Total	229	100	269	100

Cal també aclarir que els criteris d'inclusió i exclusió són els mateixos per a tots els pacients que entren en aquest programa; un mateix pacient pot reunir simultàniament diverses indicacions i per motius únicament d'índole social es reserva fins a un 5% del total de derivacions dels respectius hospitals de dia geriàtrics. Altres motius d'assistència inclouen: valoració geriàtrica integral, educació sanitària al cuidador, maneig de síndromes geriàtriques o cures d'infermeria.

Cal entendre que l'hospital de dia geriàtric té una missió rehabilitadora primordial i que es converteix a més en la indicació de principal motiu de derivació; aquesta activitat està protocolitzada i predomina en el procés assistencial d'aquesta unitat geriàtrica, conjuntament amb l'activitat valoradora inherent a qualsevol intervenció geriàtrica.

**Taula 4** | *ESAD. Activitat coordinadora de derivació als HDDG (dades agrupades dels HCR+HSJDD)*

HOSPITAL DE DIA GERIÀTRIC	2006		2009	
			Derivacions	%
En tractament	31	13,5	63	23,4
Denegat el tractament	22	9,6	21	7,8
En espera burocràtica	15	6,5	26	9,7
Tractament finalitzat	157	68,6	151	56,1
Altres	2	0,9	7	2,6
Èxitus	2	0,9	1	0,4
Total	229	100	269	100

Una possible explicació a les baixes xifres d'èxitus seria, d'una banda, l'agilitat de derivació a urgències dels casos que inevitablement s'aguditzen, que suposen una minoria; d'altra banda, el perfil de pacient geriàtric encara no es deriva amb facilitat envers aquest recurs des dels hospitals d'aguts, on la complexitat i gravetat dels pacients sol ser més gran. Hem de pensar que, malauradament, les taxes de mortalitat a les unitats de recuperació funcional que atenen pacients geriàtrics solen rondar el 5%.

La planificació sociosanitària i el desenvolupament d'aquestes unitats s'han previst des dels diferents programes sociosanitaris però són encara lluny de cobrir-se les ràtios previstes.

Paral·lelament, s'han impulsat línies assistencials en centres sociosanitaris gestionats per GESMA, dades analitzades en l'*Anuari de l'envelliment* editat el 2009.

### 3. Descripció genèrica de les unitats assistencials geriàtriques

#### 3.1. Consulta externa de geriatria

La consulta externa de geriatria és una consulta específica dirigida a persones grans. Els criteris principals de derivació són els següents:

- Valoració geriàtrica integral
- Valoració i tractament clínic
- Valoració funcional
- Valoració mental (cognitiva i afectiva)
- Valoració del pacient amb caigudes
- Valoració de la incontinència urinària
- Valoració de la deterioració cognitiva
- Seguiment després de l'alta hospitalària

### 3.2. Unitat d'aguts geriàtrica (UGA)

És el nivell assistencial que presta atenció especialitzada, en règim d'hospitalització, a ancians que compleixen criteris de pacient geriàtric amb malalties agudes o reagudització de malalties cròniques. Aquest tipus d'unitat té unes característiques arquitectòniques i funcionals especials i ha de complir uns criteris com el confort (ha de tenir unes dimensions pensades per donar amplitud, tenir accessos adequats a banys i lavabos, una il·luminació suficient i un disseny pensat per preservar la intimitat del pacient). Així mateix, tenen utilitat específic amb llits graduables en altura, matalassos antiescares, butaques geriàtriques, caminadors, passamans i banys geriàtrics.

-Els principals motius d'ingrés són:

- Insuficiència cardíaca
- HTA
- Fibrilació auricular
- Accident cerebrovascular
- Broncopneumònia
- Insuficiència respiratòria
- Diabetis mellitus
- Demència
- Estudi d'anèmies

### 3.3. Unitat de mitjana estada (UME)

Coneguda també com a unitat de convalescència o de rehabilitació, tendeix a anomenar-se ara unitat de recuperació funcional. Té com a objectiu aconseguir i completar el procés rehabilitador quan aquest és possible. Solen tractar pacients que ja han superat la fase aguda de la malaltia i que necessiten cures mèdiques, d'infermeria i, sobretot, rehabilitació, amb la finalitat d'aconseguir la màxima independència possible. L'estada mitjana ha de ser de menys de trenta dies.

-Els principals motius d'ingrés són:

- La rehabilitació de la malaltia vascular cerebral, fractura de maluc, malaltia de Parkinson i immobilismes reversibles.
- Quirúrgics: úlceres per pressió.
- Clínics, com descompensació diabètica o estabilització de pacients amb greus condicionaments.
- Socials.

### 3.4. Unitat d'ortogeriatria

És una unitat destinada a optimitzar l'assistència als pacients que han sofert una fractura de maluc. Existeixen diversos models d'unitat, depenent de si els pacients són intervinguts o no al mateix hospital o de si vénen derivats d'altres centres. En cas de derivació des d'altres centres, l'assistència anirà dirigida a tractar els problemes clínics que puguin aparèixer i a supervisar la recuperació funcional. L'ideal és que el geriatre pugui ser el que coordini des del principi l'assistència al pacient i el que realitzi la primera valoració (en aquest tipus d'unitats, igual que en les anteriorment descrites, és molt important realitzar una valoració geriàtrica integral) i decidir quan està preparat per ser intervingut, juntament amb el traumatòleg.

Una vegada finalitzat l'acte quirúrgic, prepara el procés de recuperació funcional juntament amb el servei de rehabilitació, amb coneixement de la realitat física, social i mental del pacient, fet que implica moltes vegades que altres professionals com els treballadors socials hagin d'intervenir i s'aconsegueix d'aquesta manera optimitzar el moment i el lloc de l'alta.

### 3.5. Hospital de dia geriàtric

És un centre diürn interdisciplinari, integrat generalment en un hospital, al qual acudeix l'ancià fràgil o el pacient geriàtric, habitualment amb incapacitat física i/o psíquica, per rebre valoració geriàtrica i/o tractament integral i per tornar posteriorment a casa seva.

Els objectius assistencials són:

- Potenciar l'autonomia funcional.
- Disminuir la utilització de llits hospitalaris, ja sigui evitant ingressos o acurçant estades.
- Retardar o evitar tant com es pugui la institucionalització crònica en centres residencials.
- Fer possible la valoració i el tractament integral de pacients geriàtrics i ancians fràgils.

L'estructura de l'hospital de dia geriàtric és la següent:

- Superfície: 200 m<sup>2</sup> (13 m<sup>2</sup> per pacient)
- Transport adaptat: microbús o ambulància
- Places: 15-20
- Radi d'acció aconsellat: 18 quilòmetres
- Són més eficaços si s'integren dins un servei de geriatria

Constarà de les àrees funcionals següents:

- Àrea de teràpia ocupacional
- Àrea de fisioteràpia
- Menjador
- Sala de cures
- Consulta de valoració
- Hospitalització d'un dia amb adaptacions

Els indicadors bàsics de funcionament d'un hospital de dia geriàtric inclouen dades com:

- Horari: 7-8 hores al dia
- Percentatge d'ocupació: 80-85%
- Assistència mitjana setmanal: 2-3 sessions per pacient
- Pacients nous per setmana: 3
- Assistència mitjana total per pacient: 20 sessions

Els principals processos pels quals el pacient acudeix a l'HDDG són:

- Recuperació funcional de la deambulació
- Atenció mèdica i d'infermeria
- Valoració de problemes geriàtrics
- Descàrrega familiar

### **3.6. Unitat de llarga estada**

Es tracta d'un nivell assistencial hospitalari destinat a l'atenció de pacients en situació de dependència funcional que mostren una descompensació de la seva pluripatologia crònica i necessiten cures hospitalàries durant un període de temps prolongat.

Aquest recurs assistencial pretén aconseguir el control dels problemes mèdics, funcionals i psicològics, a més de proporcionar la ubicació social més adequada per garantir la continuïtat de les cures.

Es tracta de recuperar funcionalment el pacient quan això sigui encara possible i prevenir complicacions quan ja no ho sigui i així disminuir l'impacte de la malaltia, millorar la qualitat de vida i proporcionar a la família i als cuidadors les habilitats i l'atenció emocional necessària per evitar la claudicació, així com contribuir a la reinserció del pacient en el seu entorn natural.

Es basa en la valoració geriàtrica integral, que duu a terme un equip interdisciplinari, liderat per un geriatre.

**-Objectius:**

1. Proporcionar al pacient fràgil les cures mèdiques i d'infermeria necessàries per controlar, prevenir i tractar les complicacions de les seves patologies cròniques.
2. Minimitzar l'impacte que produeix la malaltia i millorar així la qualitat de vida.
3. Mantenir i millorar, si és possible, la situació funcional i cognitiva del pacient i retardar tant com es pugui la progressió del deteriorament.
4. Proporcionar un ambient hospitalari favorable per a l'atenció d'aquests pacients, mitjançant l'assistència d'un equip especialitzat i la utilització d'una metodologia de treball integral, específica i individualitzada.
5. Suport psicològic del pacient i de la seva família.
6. Coneixement de la realitat social del pacient, per aconseguir la reinserció en el seu entorn.
7. Garantir la continuïtat de les cures, mitjançant l'assignació eficient dels serveis relacionats amb la salut a través dels diferents nivells d'assistència.
8. Contribuir a una qualitat i dignitat més grans en el procés natural de la mort.

#### 4. Unitats geriàtriques de l'Hospital de la Creu Roja de Palma

L'Hospital de la Creu Roja es defineix com una empresa innovadora de serveis assistencials, la missió principal dels quals és donar una atenció mèdica personalitzada, ètica, integral, contrastada i de la més bona qualitat. Això es tradueix a oferir als nostres pacients uns sistemes de diagnòstic fiables i una àmplia cartera de tractaments i recursos assistencials, entre els quals figuren: el diagnòstic i tractament de patologies d'atenció mèdica general i diverses especialitats mèdiques, com per exemple la geriatria, així com cirurgia ambulat i hospitalització.

L'edifici que ocupa l'Hospital de la Creu Roja a Palma va ser construït entre els anys 1934 i 1935. El 25 de març de 1949 va ser adquirit per la Creu Roja per a la ubicació de l'hospital que avui ens ocupa.

L'hospital és conegut per la gran majoria de ciutadans, ja que compta amb una llarga trajectòria; cal dir que a començament dels anys cinquanta a Palma únicament existia la Casa de Socors i l'Hospital de la Creu Roja, per atendre pacients sense recursos.

Tothom sap que l'organització Creu Roja és mundialment coneguda i gaudeix d'un prestigi envejable.

Entre els anys 1949 i 1970 es varen fer diverses ampliacions i reformes de les quals va quedar com a resultat un edifici de quatre plantes, amb la distribució següent:

- Planta baixa: consultes externes, raigs X, cuina, administració, capella, farmàcia, gimnàs, Fundació Kovacs i arxiu d'històries clíniques.
- Planta primera: hospitalització (31 llits), quiròfans, rehabilitació, despatxos de gerència, directora d'infermeria i director mèdic, treballadora social, supervisora de quiròfan, supervisora d'infermeria, governanta, box d'urgències.
- Planta segona: hospitalització (25 llits).
- Planta tercera: magatzems, bugaderia i taller de manteniment.
- Annex a l'Hospital de la Creu Roja, en un espai habilitat per l'Assemblea de la Creu Roja, es troba l'Hospital de Dia Geriàtric, el qual té àrees de rehabilitació, teràpia ocupacional i treball social.

#### 4.1. La consulta externa de geriatria de l'Hospital Universitari Son Dureta

Ubicació: Consulta mèdica de l'Hospital de Dia Geriàtric

Recursos humans:

Metge especialista en geriatria

Auxiliar d'infermeria de suport

Suport del personal administratiu del servei d'admissió

Dies de consulta: dimarts i divendres de 9.00 a 14.00 hores

**Taula 5** |

Activitat assistencial consulta ext. geriatria	Total consultes realitzades 2009	Primeres	Sucesives	No presentades	Ràtio Pr/Suc.
Nombre de consultes ateses	345	76	269	20	0,28

## 4.2. L'Hospital de Dia Geriàtric de l'Hospital de la Creu Roja de Palma

ACTIVITAT DE L' ANY 2009

\*HDDGCR

### Introducció

L'equip de valoració i tractament geriàtrics de l'Hospital de Dia Geriàtric de la Creu Roja està compost per: un metge geriatre, una infermera de suport, auxiliars d'infermeria, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional i treballadora social a temps parcial.

L'horari assistencial és de 8 a 15 hores.

En la provisió de serveis es busca la sinergia amb serveis de l'Hospital de la Creu Roja i de l'Assemblea Balear de la Creu Roja i la coordinació amb la resta de serveis sanitaris i sociosanitaris del sector sanitari de Ponent i Tramuntana.

### 4.2.1. Dades d'activitat de l'Hospital de Dia Geriàtric de l'Hospital Creu Roja. Any 2009

#### 4.2.1.1. Dades sobre el procés de derivació de pacients a través de l'ESAD a l'HDDGCR:

Pacients acceptats per l'ESAD derivats de l'Hospital de Dia Geriàtric de l'Hospital de la Creu Roja de Palma i que no han ingressat finalment .....8  
 Motiu de no ingressar a l' HDDGHCR:

Ingrés en un altre hospital.....	4
Negativa per part del pacient o la família.....	2
Èxitus previ a l'ingrés.....	2

#### 4.2.1.2. Dades sobre l'activitat realitzada per l'equip de valoració geriàtrica (EVG) de l'HDDGCR (altes):

El nombre total de pacients de l'Hospital de Dia que han estat donats d'alta mèdica durant l'any 2009 ha estat de 102 i han ocasionat un total de 104 processos assistencials, que han produït una alta mèdica.

La mitjana de millora funcional, calculada com a diferència entre la puntuació de l'índex de Barthel a l'alta menys la puntuació d'aquest mateix índex a l'ingrés, ha estat de 12,3%.



#### 4.2.1.3 Dades sobre l'activitat del treballador social de l'HDDGCR (altes):

Pacients valorats pel treballador social amb història social tancada el 2009.....	104
Pacients valorats pel treballador social amb història social pendent de resoldre durant el 2010 .....	26
Pacients no valorats amb barem social i donats d'alta el 2009 .....	3

- Distribució per sexe: sobre 102 pacients tractats el 2009:

Dones:..... 55      Homes: ..... 47

- Distribució per edats: Sobre 104 altes mèdiques:

59-64 anys: 5  
 65-74 anys: 25  
 75-84 anys: 48  
 85-94 anys: 25  
 95-100 anys: 1

Mitjana d'edat: 78,63 anys.

#### 4.2.2. Resum dels indicadors assistencials sanitaris:

4.2.2.1. Indicadors calculats segons dades de registre d'activitat i de valoracions realitzades per l'equip multidisciplinari de l'HDDGCR.

Període d'activitat: de l'1 de gener fins al 31 de desembre del 2009.

Dades obtingudes a partir del registre d'ocupació diari que es reporta a l'ESAD.

Sessions de valoració i tractament a pacients realitzades per l'equip multidisciplinari de l'HDDGCR.

**Taula 6 I**

Nombre de sessions realitzades	2991
Nombre de sessions realitzables per l'equip multidisciplinari de l'HDDGCR	3735
Número de sessions realitzables en funció de la capacitat màxima de l'HDDGCR	4980
Nombre de sessions citades no realitzades (no hi acudeix el pacient)	466
Taxa d'ocupació mitjana anual de l'HDDGCR	80%

## 4.2.2.2. Resum dels processos diagnòstics

Malaltia principal causant de l'ingrés (dades agrupades segons codi CIE-9)

Taula 7 |

Malaltia principal causant de l'ingrés	Nombre de casos	Percentatge
1. Malaltia articular degenerativa	13	12,38
2. Fractures i altres traumatismes	10	9,52
3. Mal. de Parkinson i altres síndromes parkinsonianes	8	7,61
4. Malalties psiquiàtriques	7	6,66
5. Malaltia vascular perifèrica	4	3,80
6. Demències	14	13,33
7. Malalties endocrinològiques i metabolisme	11	10,47
8. Malalties de l'aparell respiratori	2	1,9
9. Malalties cardíaques	3	2,85
10. Malaltia vascular cerebral i seqüeles	25	23,80
11. Altres processos	8	7,61
Total	105	100%

Síndromes geriàtriques causants de l'ingrés (no inclòs en el CIE-9) (resum)

Taula 8 |

	Freqüències	Percentatge
Síndrome no diagnosticada o ja referida pel diagnòstic CIE-9	28	26,7
Caigudes de repetició	6	5,7
Síndrome confusional aguda	9	6,7
Demència	1	1,0
Deteriorament cognitiu	1	1,0
Dolor crònic	1	1,0
Desnutrició proteicoal·lòrica	3	2,9
Incontinència fecal	1	1,0
Incontinència urinària	1	1,0
Immobilitat	17	16,2
Trastorn de l'equilibri i deambulació	35	33,3
Úlceres per pressió	4	3,8
Total	105	100,0

## 4.2.2.3. Segons indicadors de resultat

Dades obtingudes de la història clínica i informes d'alta que avaluen l'evolució i la resposta dels pacients al tractament realitzat per l'equip multidisciplinari de l'HDDGCR. S'han utilitzat escales de valoració funcional validades: índex Barthel i índex de Lawton, a l'ingrés i a l'alta.

**Taula 9 | Dades generals del procés de valoració i tractament**

Nombre de pacients diagnosticats de demència a l'ingrés	18
Nombre de pacients que han estat èxits	3

**Taula 10 | Evolució dels pacients ingressats a l'HDDGCR**

Perfil de pacient	N	Percentatge de pacients amb millora funcional
Nombre de pacients amb millora funcional a l'alta (global)	89	85,57%
Nombre de pacients diagnosticats de demència a l'ingrés amb millora funcional a l'alta	13	72%
Nombre de pacients no diagnosticats de demència amb millora funcional a l'alta	76	91,56%

4.2.2.4. Resum de les dades i els indicadors obtinguts segons la valoració i baremació social (sobre 101 valoracions)

• Situació sociofamiliar:

Poden atendre'l.....	24
Capacitat limitada de suport.....	26
Esgotament familiar.....	41
No té família directa/claudecació.....	10

• Convivència:

Viu amb la família de manera estable.....	37
Viu sol, però la família se'n responsabilitza.....	12
Viu amb familiars de 2n o 3r grau.....	11
Viu sol/amb assistent d'avançada edat, únic o malalt.....	41

• Grau de relació familiar:

Bona.....	39
Acceptable/mancada d'implicació.....	38
Poca relació/abandonament.....	18
No té família/maltractament.....	6

- Situació de l'habitatge

Bones condicions.....	31
Barreres arquitectòniques.....	63
Equipaments insuficients.....	5
Condicions d'insalubritat/no té habitatge.....	2

- Situació econòmica

Més de 600 €/mes.....	44
Entre 400-500 €/mes.....	46
Entre 300-400 €/mes.....	7
Menys de 300 €/sense ingressos.....	4

- Situació socioeconòmica del nucli de convivència

Més de 1.000 €/mes.....	45
Entre 500-1.000 €/mes.....	45
Entre 350-500 €/mes.....	9
Menys de 350 €/sense ingressos.....	2

- Atenció sociosanitària

No necessita atenció.....	2
Necessita atenció però disposa de recursos suficients.....	37
Necessita atenció, no disposa de recursos suficients.....	58
Impossibilitat de retorn al domicili.....	4

- Nivell de problemàtica social (sobre 104 valoracions)

7 a 14 (lleu).....	41
15 a 21 (moderat).....	53
22 a 28 (greu).....	7

- Recursos socials sol·licitats i gestions realitzades pel treballador social (sobre 101 valoracions)

Llei de dependència (LAPAD).....	47
Revisió de Llei de dependència (LAPAD).....	5
Residència pública.....	10
Centre de dia públic.....	37

Teleassistència .....	4
Menjar a domicili .....	5
Estada temporal .....	2
SAD públic .....	19
Programa d'ajuda mútua per a cuidadors .....	14
Altres gestions.....	9
Voluntaris .....	33

- Motiu d'alta social (sobre 101 valoracions)

Final de tractament .....	88
Ingrés hospitalari/hospital sociosanitari .....	9
Alta voluntària .....	2
Èxitus.....	3

- Relació dels diagnòstics socials

**Taula 11** |

Diagnòstic social (dades agrupades)	Nombre de diagnòstics socials
Problemes relacionats amb l'habitatge	87
Problemes econòmics	24
Dificultats del pacient en relació amb la seva malaltia	50
Problemàtica laboral	2
Dificultats en les relacions socials	34
Problemes relacionats amb la falta d'autonomia	107
Problemes familiars	153

- Valoració de l'estat funcional

**Taula 12** |

Estat general del pacient segons l'acompliment d'activitats de la vida diària	
Autònom	5
Necessita ajuda	93
Rehabilitable	85
No rehabilitable	41
Demència	28
Problemes de conducta	10
Dèficit auditiu important	16
Dèficit visual important	33
Dependència total	12

- Derivacions a l'alta de l'HDDGCR a altres serveis socio-sanitaris

**Taula 13** |

Objectiu de la derivació a centres de dia	
Convalescència	27
Cures pal·liatives	1
Continuar la rehabilitació (manteniment habilitats adquirides)	94
Descans temporal del cuidador	61
Millora de l'organització del nucli de convivència/família	21
Espera temporal d'un recurs sol·licitat	22
Altres motius	4

Conclusió: Els pacients valorats de l'HDDGCR tenen una edat avançada i, a més, necessiten ajuda d'una altra persona per desenvolupar les ABVD en un grau més o menys alt. Els seus assistents primaris mantenen les cures amb un alt percentatge de sobrecàrrega. Els seus ingressos econòmics no solen ser suficients per cobrir necessitats amb recursos privats, d'aquí la sol·licitud de recursos públics que és necessari demanar.

#### 4.2.2.5. Grau de satisfacció de l'usuari de l'Hospital de Dia Geriàtric de la Creu Roja

Taula amb el resum dels resultats de les enquestes entregades (73) i contestades (45). Aquests són els resultats de les enquestes de satisfacció realitzades durant l'últim any de funcionalment de l'HDDGCR.

El qüestionari es va administrar tant al pacient com al cuidador.

**Taula 14** |

Pregunta	Negativa o (* nul·la)	Regular o (*poca)	Bona o (*bastant)	Excelent o (*molta)	NS/NC
Percepció sobre la informació rebuda en relació al procés assistencial	0	0	28	15	2
Percepció resposta assistencial a les necessitats	0	0	15	28	2
Percepció del tracte rebut pel metge i infermeria	0	0	10	33	2
Percepció del tracte rebut pels terapeutes	0	0	16	27	2

Percepció del tracte rebut pel treballador social	0	0	9	34	2
Percepció del menjar	0	1	33	8	3
Percepció envers la millora en l'autonomia personal (*)	1	9	24	10	1
Percepció sobre el tractament a seguir a l'alta	0	1	24	14	6
Percepció sobre la neteja	0	0	25	19	1

### 4.3 Unitat de llarga estada de l'Hospital Creu Roja

**Taula 15** | *Dades de l'activitat assistencial de 2009*

	Total	Homes	Dones
Ingressos	36	18	18
Altes	37	10	27

Edat mitjana: 77 anys

Estada mitjana: 148 dies

**Taula 16** | *Destinació a l'alta*

Èxitus	20
Domicili	3
Residència	11
Un altre hospital	3

**Taula 17** | *Procedència dels pacients*

HUSD	7
FHSL	2
GESMA	20
HSJD	7

## 5. Hospital Sant Joan de Déu

L'Hospital Sant Joan de Déu fa cinquanta-cinc anys que assisteix persones de la nostra comunitat autònoma. Inicialment va néixer amb la pretensió d'assistir infants, per la qual cosa es va anomenar Hospital Infantil Sant Joan de Déu. L'any 1968 s'estableix un acord de col·laboració amb la Seguretat Social en matèria de traumatologia, ortopèdia i rehabilitació. L'any 1978 s'obre en el centre de Palma el Centre Assistencial de Patronat Obrer. L'any 2002 s'inicia l'activitat de geriatria i s'obre la unitat d'aguts geriàtrica i la unitat de mitjana estada. L'any 2005, coincidint amb el cinquantè aniversari de la seva obertura, s'inicien les obres d'ampliació de l'hospital.

Actualment l'hospital disposa de 150 llits i quatre línies assistencials ben diferenciades. Aquestes són les de traumatologia i ortopèdia, la de rehabilitació, la de cures especials i la de geriatria. Totes treballen amb la base d'un model d'assistència integral amb equips interdisciplinaris. A més d'aquestes tres línies, existeixen consultes externes de cardiologia, reumatologia, neurologia i neurofisiologia, així com servei de radiologia i laboratori.

La unitat de traumatologia i ortopèdia consta de tres quiròfans, una unitat de cirurgia sense ingrés (UCSI) i trenta llits d'hospitalització i consultes externes. L'any 2009 va realitzar un total de 3.513 intervencions quirúrgiques (1.915 amb ingrés i 1.608 ambulatories) i 33.699 consultes externes.

La unitat de rehabilitació té una àrea d'hospitalització amb trenta-sis llits, gimnàs i consulta externa. Es diferencien bàsicament dos tipus d'activitat assistencial. D'una banda, la neurorehabilitació i, d'una altra, la rehabilitació traumatològica. L'activitat que es desenvolupa en neurorehabilitació inclou la fisioteràpia, teràpia ocupacional, logopèdia i rehabilitació cognitiva, duta a terme per neuropsicòlegs. Al llarg de l'any 2009 es varen realitzar 11.661 consultes i 323.926 tècniques de rehabilitació i es varen atendre un total de 5.648 pacients.

### 5.1. La unitat de geriatria

Desenvolupa una important activitat assistencial i consta de les unitats d'ortogeriatria, unitat geriàtrica d'aguts (UGA), unitat de mitjana estada o de recuperació funcional (UME), consulta externa i hospital de dia geriàtric.

1. La unitat d'ortogeriatria assisteix els pacients amb fractura de maluc que ingressen per ser intervinguts. El model que s'ha escollit és el del geriatre que coordina tot el procés assistencial. És a dir, que quan ingressa el pacient realitza la valoració geriàtrica integral (biopsicosocial), prepara el pacient per a la intervenció i decideix juntament amb l'especialista en traumatologia el moment més adequat perquè aquesta es produeixi.



Una vegada realitzat l'acte quirúrgic, segueix el procés, actua sobre les complicacions mèdiques que es puguin produir i planifica el procés de recuperació funcional al costat del rehabilitador. Des de l'inici, ja es prepara l'alta hospitalària al recurs més adient segons les condicions del pacient. Aquesta unitat va assistir 111 pacients el 2008 i 144 el 2009.

2. La unitat d'aguts (UGA) atén pacients derivats des d'urgències dels diferents hospitals de la Seguretat Social o des de les consultes externes o hospital de dia del nostre hospital. S'hi tracten les malalties agudes o cròniques reaguditzades que es donen en pacients grans. Aquesta unitat consta de trenta llits. Durant l'ingrés del pacient, a més de tractar la malaltia que pateix, es dona tractament de fisioteràpia per evitar que el pacient es torni dependent o que empitjori aquesta situació si ja existeix. L'any 2008 els ingressos varen ser 394, amb 345 altes fora de l'hospital i 81 defuncions. El 2009 els ingressos són 337, amb 324 altes i 60 defuncions. L'índex d'ocupació d'aquesta unitat és del 80,9%, a causa que sovint els llits es veuen ocupats per pacients d'altres unitats.

3. La unitat de mitjana estada (UME) o de recuperació funcional és la unitat en què el pacient ingressa per rebre tractament rehabilitador bàsicament en dos tipus de processos. El primer és el de fractura de maluc que, per diferents motius, no pot realitzar l'esmentat tractament de manera ambulatoria i el segon per freqüència és el dels pacients que procedeixen d'altres unitats en les quals se'ls ha assistit i s'ha generat un dèficit funcional important, generalment secundari a enllitament prolongat. Aquesta unitat consta de deu llits, té un índex d'ocupació el 2009 del 216,6% i un total de 3.162 estades amb 33 altes.

4. L'hospital de dia geriàtric és un nivell assistencial al qual acudeix el pacient de manera ambulatoria des del seu domicili per rebre tractament de rehabilitació integral. Generalment són remesos des d'atenció primària o des d'hospitalització com a pas previ al domicili. Les patologies més prevalents són els accidents cerebrals vasculars, les fractures de maluc o altres processos traumatològics en recuperació com pròtesi de genoll, síndrome d'immobilitat, pacient amb caigudes freqüents i control de patologies com diabetis, hiper/hipotiroïdisme, malaltia de Parkinson o altres malalties que necessiten una vigilància més estreta. Disposa de vint-i-cinc places. Aquesta unitat té una àrea de teràpia ocupacional i una altra de fisioteràpia. Els professionals que la integren són un metge geriatre, un infermer, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta i auxiliars de clínica, així com treballadora social. L'horari és de les 8 a les 17 hores. El pacient esmorza i menja com a part del procés de recuperació funcional. L'assistència no és diària, llevat d'excepcions comptades, i els pacients hi solen acudir dos o tres dies per setmana. El nombre de sessions el 2008 va ser de 4.191 i el 2009 de 4.993.

5. La consulta externa de geriatria en el nostre hospital és relativament recent i té com a gran problema la falta de concert amb la Seguretat Social, malgrat els grans avantatges que ofereix davant un altre tipus de consulta. S'hi realitza, com en tot àmbit de la geriatria, una valoració geriàtrica integral, que és la gran eina amb la qual compta la

geriatria i que està sent descoberta i utilitzada cada vegada amb més freqüència en altres especialitats, si bé els geriatres la utilitzam a Espanya des de fa més de cinquanta anys (des del moment en què es desenvolupa la geriatria en aquest país). Els pacients hi acudeixen derivats des de les nostres pròpies unitats hospitalàries, bàsicament des de la UGA i la unitat d'ortogeriatria. El 2008 el total de consultes va ser de 449, amb una relació de 227 primeres i 222 segones consultes i el 2009 en va augmentar el nombre fins a un total de 566, repartides en 242 primeres visites i 324 successives. Com es pot veure, el nombre de consultes respecte d'altres especialitats és relativament baix.

6. La unitat de cures especials consta de quaranta llits d'hospitalització. S'hi assisteixen pacients de diferent índole. Una important proporció són pacients que hi acudeixen per problemes funcionals que dificulten la seva reinserció en el previ nivell assistencial. Es pretén millorar la seva capacitat funcional i alhora resoldre la seva situació social i proporcionar un nivell més adequat a les seves necessitats. Un altre grup són els pacients el problema dels quals és merament social. Un tercer grup són pacients amb síndromes geriàtriques la recuperació de les quals necessitarà una estada hospitalària més prolongada, per exemple, pacients ulcerats. I un quart grup són els pacients pal·liatius tant oncològics com no oncològics, és a dir, els que es troben en situació clínica al final de la vida (malaltia pulmonar avançada, insuficiència cardíaca avançada, cirrosi hepàtica, insuficiència renal avançada, demències molt evolucionades i malaltia cerebrovascular crònica). Per a aquests pacients, la nostra finalitat és aconseguir una mort digna: «mort lliure de destret evitable i sofriment per al pacient, família, assistents, d'acord amb els desigs del pacient i la família i tenint en compte uns estàndards clínics, culturals i ètics». (1)

Els professionals que treballen en la unitat són els següents: una geriatra, un equip de tretze persones format per infermeres i auxiliars, una treballadora social, dos fisioterapeutes a temps parcial, una terapeuta a les tardes i una logopeda també a temps parcial. Es compta a més amb l'ajuda inestimable de l'equip d'EAPS (equip de suport psicossocial), que intervé en els casos pal·liatius en els quals se sol·licita la seva ajuda, bé per donar suport al pacient, al familiar o a ambdós. La unitat consta de quaranta llits, dels quals trenta-sis estan distribuïts en divuit habitacions i després hi ha dues habitacions més, cada una amb un petit *hall* amb bany i dues habitacions individuals. Aquestes habitacions es reserven per als casos d'aïllament o bé per a pacients pal·liatius en fase terminal. Si en el moment no existeix cap d'aquests casos, les ocupen pacients d'una altra índole.

Quant al mode de treball, es realitzen reunions multidisciplinàries setmanalment, en les quals cada integrant de l'equip exposa l'evolució del pacient en el seu camp. Es prenen les decisions pertinents pel que fa a la cura i al tractament i s'intenta planificar l'alta. A més, es mantenen reunions amb famílies tant a l'ingrés com durant l'estada hospitalària, per valorar objectius i el seu compliment, alhora que se'ls brinda suport per organitzar i planificar l'alta.

Durant l'any 2008 es varen admetre 104 pacients, dels quals 72 procedien directament dels hospitals de referència (HSD, HSSL) o bé d'altres hospitals (HG, HJM) i la resta procedien d'altres unitats del nostre mateix hospital, bé d'ortogeriatria, d'unitat d'aguts o mitjana estada. Alguns casos fins i tot eren ingressats des de les nostres pròpies consultes externes de geriatria. L'estada mitjana era de 178,6 dies i hi va haver 49 defuncions. En total es varen generar 18.578 estades i l'índex d'ocupació va ser del 110,3%.

L'any 2009 va augmentar el nombre d'ingressos en la unitat, amb un total de 133. Això va ser possible gràcies al descens de l'estada mitjana per pacient, que va baixar a 151,4 dies i a l'augment de l'índex d'ocupació, que va ser del 111,6%

En total es varen generar 18.745 estades. El nombre de defuncions va ser de 50. Les estades llargues es deuen a la idiosincràsia de la nostra unitat, al fet de tenir una tipologia tan variada de pacients (pacients pal·liatius, juntament amb síndromes geriàtriques, problemes socials complicats i problemes funcionals). Moltes altes s'han aconseguit donar cap al medi residencial. Altres pacients han anat a domicili encara que han fet ús de les places d'hospital de dia, tant del nostre hospital com de l'Hospital de la Creu Roja, depenent de l'àrea.

El nombre d'èxits roman constant en els dos anys estudiats, malgrat que el nombre de pacients ha estat gran el 2009. Consideram que les dades són bones, ja que un gran percentatge dels nostres pacients són pal·liatius o bé pluripatològics complicats.

En la mateixa unitat hi ha una sala de teràpia, que s'utilitza per a les sessions de fisioteràpia (amb la qual cosa, a més, ajuda a descarregar el gimnàs de l'hospital) i teràpia ocupacional, així com per fomentar AVD com alimentació, higiene i lleure.

Està oberta de les 10 a les 18 hores.

En l'hospital hi ha una altra unitat que pertany a les cures especials, amb onze llits, però físicament és totalment independent i és la unitat de dany cerebral irreversible. S'hi troben els pacients en estat vegetatiu permanent.

## 6. Proposta de futur

Partint de la base que l'atenció geriàtrica és efectiva i eficient, creiem que cal qualificar i incorporar geriatres en els equips multidisciplinaris d'unitats assistencials que hagin demostrat eficiència des de l'evidència científica.

La valoració geriàtrica integral ha de ser aplicada en serveis de geriatria hospitalaris, amb equips assistencials complets.

Creiem que la via més eficaç per al desenvolupament de la geriatria ha estat la lligada a plans socio-sanitaris, tal vegada l'aspecte que necessita a hores d'ara més reforç seria la coordinació entre nivells assistencials.

Les mesures d'eficàcia han de centrar-se en la possibilitat de romandre en el medi domiciliari, de mantenir la capacitat funcional i d'aconseguir qualitat de vida centrada en el pacient i els seus cuidadors.

D'altra banda, en els propers anys el ciutadà veurà la combinació d'ajudes provinents del sistema d'atenció a la dependència amb les administrades pel sistema nacional de salut; creiem que aquest últim haurà d'esforçar-se per augmentar els recursos que ja han demostrat que prevenen la dependència, com són els recursos geriàtrics.

## Referències bibliogràfiques

AA. VV. (1996): *Pla Integral de les Persones Majors*. Palma: Conselleria de Presidència del Govern de les Illes Balears.

Centro de documentación sobre el defensor del pueblo (OMBUDSMAN) y los Derechos Humanos (2000): *Informes, estudios y documentos. La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos*. Madrid: Defensor del pueblo.

Cruz, A. J. [et al.] (1994): «La eficacia de la interconsulta geriátrica en pacientes ancianos ingresados en Traumatología». *Anales de Medicina Interna*, 11, 273-277.

Donald, L. P.; Randall, C. (2003): «Measuring and improving the quality of Dying and Death». *Ann Intern Med*, 139 (5), 410-15.

Foster, A.; Young, J.; Langhome, P. (1999): «Systematic review of day hospital care for elderly people». *British Medical Journal*, 318, 837-841.

Forster, A. [et al.] (2008): «Medical day hospital care for the elderly versus alternative forms of care». *Cochrane Database of Systematic Review*, 4.

Fundación Pfizer (2002): *Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. Previsión año 2010*. Madrid: Fundación Pfizer.

Geriatría XXI (2000): *Análisis de necesidades y recursos de una atención a las personas mayores en España*. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Madrid: EDIMSA.

González-Montalvo, J. I.; Valero, C.; Regalado, P. J. (1996): «Valoración ortogeriátrica en el hospital general: beneficio del seguimiento geriátrico en las fracturas de cadera». *Revista española de geriatría y gerontología*, 31.

Hornillos, M.; Baztán, J. J.; González, J. I. (1996): *Hospitales de día geriátricos en España. Estructura y funcionamiento*. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.

IMSERSO (2002): *Las personas mayores en España. Informe 2002*. Madrid: Ministeri de Treball i Afers Socials.

<<http://imsersomayores.csic.es/estadisticas/documentos/informe2002/inf2002pdf/vol1/capitulo1.pdf>> (juny de 2003).

Institut Balear d'Afers Socials (2001): *Pla Gerontològic*. Palma: Govern de les Illes Balear; Universitat de les Illes Balears.

Ministeri de Sanitat i Consum (1994): *Bases para la ordenación de servicios de atención sanitaria a las personas mayores*. Madrid: INSALUD.

Ministeri de Sanitat i Consum (1996): *Criterios para la ordenación de los servicios de atención sanitaria a las personas mayores*. Madrid: INSALUD.

Reig, L.; Fernández, M.; Castellsagues, J. (1996): «Evaluación de un protocolo de tratamiento preoperatorio en ancianos intervenidos por fractura». *Revista española de geriatría y gerontología*, 31, 199-204.

Reuben, D. B. [et al.] (1995): «A randomized trial of comprehensive geriatric assessment in the care of hospitalized patients». *The New England Journal of Medicine*, 332, 1345-1350.

Ruiperez, I. (2003): Adecuación de los servicios geriátricos. *Revista española de geriatría y gerontología*, 38(5), 281-287.

Sánchez, P. [et al.] (1999): «Valoración geriátrica en ancianos con fractura proximal de fémur». *Revista española de geriatría y gerontología*, 34, 65-71.

Servei de Salut de les Illes Balears (2003): *Pla Sociosanitari de les Illes Balears*. Palma: IB-Salut.

Stuck, A. [et al.] (1993): «Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials». *Lancet*, 342: 1032-1036.

Subdirecció d'AP i 061 de l'IB-Salut (2004): *Definición del funcionamiento del circuito de derivación de pacientes a los hospitales de día geriátricos*. Palma: IB-Salut.

Vidán, M. [et al.] (1998): «Eficacia de la valoración geriátrica durante el ingreso hospitalario para cirugía de fractura de cadera en el anciano». *Revista española de geriatría y gerontología*, 33 Supl. 1, 27.

Winograd, C. H.; Stearns, C. (1990): «Inpatient geriatric consultation: challenges and benefits». *Journal of the American Geriatrics Society*, 38:926-932.

## Autors:

### MIQUEL JOSEP OLIVER RAMON

Palma, 1966. Llicenciat en Medicina i Cirurgia. Universitat Autònoma de Barcelona. Metge especialista en Geriatria. Unitat de Geriatria de l'Hospital Universitari Son Dureta. Coordinador de l'Hospital de Dia Geriàtric de l'Hospital de la Creu Roja de Palma. President de la Societat Balear de Geriatria i Gerontologia.

### MARGARITA VIÑUELA BENÉITEZ

Salamanca, 1970. Especialista en Geriatria. Coordinadora de la Unitat de Cures Especials i Pal·liatives de l'HSJD.

Vicepresidenta de la Societat Balear de Geriatria i Gerontologia.

Directora del I Curs Superior de Geriatria per a metges. GESMA 2004-2005.

Membre del Royal College of Physicians del Regne Unit.

### NICOLÁS FLAQUER TERRASA

Palma, 1966. Llicenciat en Medicina i Cirurgia per la Universitat de Saragossa. Especialista en Geriatria. Coordinador assistencial de l'Hospital Sant Joan de Déu. Tresorer de la Societat Balear de Geriatria i Gerontologia.

