

Hospital Alemán - Curso anual de auditoría médica 2011

Director: Dr. Agustín Orlando

GESTIÓN DE INTERNACIONES PROLONGADAS EN ADULTOS MAYORES



- CODELLO AMALIA
- CATALANO ENRIQUE

ÍNDICE

Definición de auditoría médica	2
Objetivo	2
Material y métodos	
Características de la entidad	2
Características de la población	2
Desarrollo	3
Datos	
De los casos analizados	7
Definiciones	7
Datos generales de la entidad	8
Dictamen de auditoría médica	8
El presente del financiador	
Hacia un cambio obligado	12
Contexto nacional	12
Decisiones	13
El futuro del financiador	
Líneas generales del proyecto	15
Lo que no muestra la historia clínica	17
El futuro del sistema de salud	20
Conclusiones	
Desde la auditoría médica	21
Desde el financiador	21
Desde todos los que intervenimos en la gestión	22
Bibliografía	23

Gestión de internaciones prolongadas en adultos mayores

Definición de auditoría médica

Auditoría médica es el aspecto de la medicina que, junto con el aspecto tradicionalmente asistencial, se constituye en una de las columnas de la gestión de salud: controlando la utilización e incorporación criteriosa del arsenal médico, aplicando los recursos disponibles, manteniendo como meta fundamental la calidad de atención del paciente.¹

Objetivo

En el marco de la definición precedente se aborda una de las temáticas más complejas y multifacéticas de la gestión en salud tanto en entidades públicas como privadas, el tratamiento de patologías agudas en adultos mayores (a partir de los 65 años) cuya resolución requiere internaciones prolongadas.

Este trabajo es una mirada desde la óptica de un prestador con cartera propia y una doble preocupación, el incremento del ALOS (Average length of stay), o estancia media, y del gasto que afronta como financiador.

Se hizo desde el rol del auditor, sea del financiador o del prestador.

Material y métodos

Con criterios médico-asistenciales y administrativos se analizaron pormenorizadamente de **31 historias clínicas** correspondientes a **pacientes de más de 65 años que requirieron 15 o más días de internación durante el bimestre mayo/junio de 2011.**

Características de la entidad

Infraestructura – recursos

Entidad privada polivalente ubicada en CABA con aproximadamente de 120 camas de internación general, y 25 de cuidados intensivos/unidad coronaria.

Plantel médico abierto tanto en especialidades quirúrgicas como en las clínicas.

Servicio de clínica médica con presencia permanente integrado por profesionales de planta y residentes.

La cartera de financiadores está compuesta por prepagas, incluyendo las propias, obras sociales de personal de dirección y algunas sindicales.

Contratos

La estructura de los contratos de prestación de las entidades analizadas es modulada para todo tipo de internación. Existen módulos por patología y otros por día de internación según el área.

Los contratos incluyen prestaciones que exceden las contempladas en el PMO.

Los casos analizados abarcan tres tipos de módulos, internación en área cerrada (UTI-UCO), quirúrgico y clínico en habitación.

Los contenidos y exclusiones de los módulos responden a los estándares del mercado privado de la salud.

Los módulos de internación x día se dividen a su vez en neonatológicos, pediátricos y adultos. Dentro de los últimos se incluyen todos los casos de 16 años en adelante sin límite de edad.

Historia clínica

Las entidades no cuentan aún con historia clínica electrónica de internación, solo de atención ambulatoria.

Fuente de datos

El sistema de gestión, por ahora con una fuerte impronta administrativa, brinda datos abundantes y confiables que permiten generar indicadores de gestión, algunos de los cuales son volcados en este informe.

Características de la población

El paciente promedio reside en CABA y GBA, su nivel socioeconómico es medio. Tiene las necesidades básicas satisfechas.

Los adultos mayores están alcanzados por las diversas coberturas por ser afiliados directos, a cargo de familiar, o jubilados que permanecen en la obra social que tenían durante su vida económicamente activa.

Desarrollo

Paciente	Edad	Sexo	Cobertura	Estancias	Alta	Diagnóstico de ingreso	Diagnóstico de egreso	Comorbilidad	Especial Involucrados	Terapéutica	Motivo Retardo del Alta	Comentarios
CD	77	M	O.S. sindical	18	A	Hematoquezia	Hemorroides	Anticoagulación	Gastro.	1 U de Rojos	Reinicio ACO. Retardo en el alta una vez logrado RIN >2	Se reinició ACO al 10º día.
TS	78	M	Prepaga	22	A	Fx Cadera y Húmero	Artroplastia Cadera	Parkinson Demencia	Traum.	Artroplastia Cadera, ATB.	Cx programada 6 días post ingreso, retardo en descomplejización, infección hospitalaria.	Venoclisis innecesaria, S Vesical prolongada; alta 7 días después de Cx.
PC	79	M	Prepaga	45	AID	Deshidratacion, Hipernatremia, Trastorno deglutorio	Deshidratación Demencia	Escara	UTI, Gastro, Cx general.	Hidratacion, ATB, Escarectomia, gastrostomia	Manejo clinico futil, infeccion hospitalaria, retardo decisión gastrostomía; retardo en otorgamiento de ID	No debió ingresar a UTI, 5 días luego del ingreso en condiccion de alta. Luego complicaciones
SR	88	F	Prepaga	18	AID	Fx Cadera	Artroplastia Cadera	Escara.	Traum.	Artroplastia Cadera, escarectomia	8 días desde ingreso al remplazo de cadera. 9 días desde Cx al alta	No hay relato del status funcional pre y post cx.
AN	81	F	O.S. sindical	35	O	Anemia Hemolítica	LLC, Sepsis,	Neutropenia un mes internado el mes previo	Hemato, UTI.	Transfusion x 7, ATB, Rituximab	Infeccion hospitalaria SAM R, causa medicca, efecto adverso de QT.	Retardo injustificado en la examinación pleural, futil 3 ciclos de Rituximab.
GA	76	M	Prepaga	17	AID	ACV hemorragico	ACV hemorragico	Demencia, ACV previo, IAM	UTI, Ncx.	ATB	9 días de UTI sin justificación, infeccion hospitalaria, retardo en descomplejización	Hemo + klebsiella y E coli.
LC	77	F	Prepaga	27	A	TEC grave	TEC Grave	Demencia,	UTI.	ATB, ARM vasopresores	Causa médica, infección hospitalaria	HC enterobacter cloacae
NH	76	F	Prepaga	24	A	IC, Injuria subendocárdica, anemia	Insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica	HTA, anemia crónica	UTI, gastro	Transfusión, ARM, vasopresores, ATL con stent coronario, ATB	Causa médica, infección hospitalaria	Cursa 2 episodios de bacteriemia con germenes intranosocomiales.
AS	87	M	Prepaga	18	A3N	ACV hemorrágico, HTA	ACV hemorrágico, HTA	Acv previo, talla vesical, res geriatrico	UTI, Ncx, urol.	Anti Hta, ATB, recambio talla vesical	Infeccion hospitalaria, totalidad de internacion en UTI	Sin requerimiento de complejidad (suspendió NPS al 3er dia internacion)

Paciente	Edad	Sexo	Cobertura	Estancias	Alta	Diagnóstico de ingreso	Diagnóstico de egreso	Comorbilidad	Especial Involucrados	Terapéutica	Motivo Retardo del Alta	Comentarios
GL	66	F	O.S. sindical	18	A	Neumonía	Derrame pleural. S diagn.	Farmacodermia previa, DBT. HTA	Dermato, infecto	ATB, pleurocentesis,	Diag varios sin focalización	FAN 1/2560 sin considerar en la hc
AA	72	F	Prepaga	18	A	Ictericia	Mts hepáticas	Ca colon operado ya con mts	Cx percutánea	Stent biliar, ATB	Retardo en decisiones, infección hospitalaria,	Terapeutica fútil (una vez salido drenaje biliar no se recolocó) paciente ambulatorio
SF	69	F	Prepaga	19	A	Diarrea	Sin diagnóstico preciso	HTA, ATL con stent	Hemato, infecto, dermat, cirugía gral, gineco, ORL, Oftalmo	ATB	Diag múltiples, sin idea directriz.	Recibe 3 días de ATB x diarrea y luego permanece para estudios (VEDA; VCC, centello óseo, Bx. Piel, PET) Pte ambulatoria
PI	77	F	Prepaga	25	AID	Sme anémico	Tumor de colon	Anemia crónica, demencia	Cirugía general, Procto, neuro, nutrición	Transfusión, hemicolectomía izquierda	Estudios innecesarios. Se opera a los 16 días del ingreso	Al 5º día de l, se diagnostica T de recto. Se solicitan CxE y centello óseo que retrasan y no modifican decisiones
BB	81	F	O.S. sindical	17	A	Diverticulitis	Diverticulitis	DiverticulosHTA	Cx percutánea, UTI	Drenaje percutáneo, ATB	Infección hospitalaria, retardo en alta clínica	3 días con ATB orales por inf hospít.
GD	87	F	O.S. sindical	23	AID	Fx cadera periprotésica	Artroplastia Cadera	Fx cadera previa, demencia, 3 internaciones previas en el último mes	Traum	Artroplastia de cadera, ATB	Retardo en la cirugía, infección hospitalaria, retardo en la descomplejización.	No hay mención de status previo ni posterior a la intervención.
BN	86	F	O.S. sindical	17	AID	Negativismo a la ingesta	Demencia	Demencia, Fx cadera bilateral	Neuro	Hidratación, ATB	Infección hospitalaria, trámite de ID a cargo de familiar.	No hay mención de la forma de alimentarse al ingreso ni al egreso, sin indicación de internación.
PI	77	F	Prepaga	17	AID	Desplazamiento de osteosíntesis	Artroplastia Cadera	Fx de cadera previa operada	Traumot, psiquiatría, ORL	Artroplastia de cadera	Retraso en la cirugía, 6 días a la espera de ID con intercurencias.	No hay mención de status previa a la intervención.
PA	85	M	Prepaga	25	A	Hematuria	Litiasis vesical	HPB	Cx plástica, urología	Escarectomía, ATB, prostatectomía	Retardo en la toma de decisiones médicas, infección hospitalaria.	Se opera a los 19 días del ingreso y luego de 2 RAO.
CD	87	F	O.S. pers.dir	16	O	Fiebre, insuficiencia renal	Sepsis	Demencia, incontinencia urinaria	UTI	Hidratación, ATB	Causa médica.	8 días de UTI y fallece en piso.

Paciente	Edad	Sexo	Cobertura	Estancias	Alta	Diagnóstico de ingreso	Diagnóstico de egreso	Comorbilidad	Especial Involucrados	Terapéutica	Motivo Retardo del Alta	Comentarios
BM	66	F	Mutual	23	O	Suboclusión intestinal	Fascitis necrotizante	ACV previo con derivación, demencia.	Cirugía general, psiquiatría, UTI	Colostomía, ATB, ARM, vasopresores.	Causa médica	Requiere de varias reintervenciones.
ZJ	77	M	Prepaga	29	ACR	ACV isq	ACV isq	HTA	Neuro, UTI, infecto	ATB	Retardo en descomplejización, estudios innecesarios, infección hospitalaria, retardo en otorgar centro de rehabilitación.	UTI innecesaria, se pidió difusión a las 72 hs del ing y se estudio con ETE; RMN; holter. Esperó 13 días el centro de rehab
GJ	72	M	Prepaga	21	A	Sme coledociano	Tumor de páncreas	HTA, DBT	Cx percutánea	Stent biliar, Punción biopsia pancreática	Retardo en la terapéutica, retardo en la decisión médica.	Pte ambulatorio que se estudia en internación. 5 días con parámetros estables antes del egreso.
RE	65	M	Prepaga	18	A	IRC reag	IRC reag	HTA, IRC, DBT	UTI, nefro, infecto, Cx general, Cx vascular.	Hemodialisis, Colectomía laparosc, ATB, colocación de catéter tunelizado	Retardo en la decisión médica. Infección hospitalaria. Realización de prácticas ambulatorias.	12 días de Uti para dializando, sin requerimiento, con sonda y luego UC BLEE posit.
LE	83	F	Prepaga	18	AID	HSA traum.	HSA traum.	Trans marcha, HTA, RVAo biol	UTI; NCx, Infecto.	ARM, Vasopresores, ATB,	Causa médica, Infección hospitalaria.	Vías y sonda vesical toda la int. Se externa con sonda. No hay mención de status neurol.
LM	85	M	Prepaga	16	O	Fx patol fémur	Sepsis, broncoaspiración	En plan Bx ósea x lesión osteolítica	Traum, Infecto.	Ostosíntesis de cadera, ATB, Toilette Qx	Causa médica, infección hospitalaria.	HC enterobacter cloacae. No hay mención de status previo del pte.
VJ	86	F	Prepaga	21	AID	ACV hemorr	ACV hemorr	ACV previo, HTA, IAM	UTI. NCx, Infecto.	ATB	Retardo en la decisión médica. Infección hospitalaria.	6 días Uti sin requerimiento. Única terapéutica x complicación intrahospitalaria.

Paciente	Edad	Sexo	Cobertura	Estancias	Alta	Diagnóstico de ingreso	Diagnóstico de egreso	Comorbilidad	Especial Involucrados	Terapéutica	Motivo Retardo del Alta	Comentarios
VL	86	F	Prepaga	23	A	Fx fémur	Osteosíntesis de cadera	Alzheimer, cáncer de colon	Traum, Infecto, Cx general.	Ostosíntesis de cadera, ATB, Transfusión	Cx al 5º día de Ing, se solicitan estudios por patol previa (VCC; TAC Tx, abd, pelv)	Con diagn x imágenes, flia se niega a seguir con Bx. Se externa con alim enteral.
TS	78	M	Prepaga	20	AID	ACV	Demencia	Demencia, externación 24 hs previas por RTC	Neuro, Cx general, Infecto.	Gastrostomía, ATB	Mala evaluación médica de status previo, retardo en decisión médica, inf hospitalaria.	2 internaciones prolongadas en 1 mes sin evaluación de status del pte.
MJ	81	M	Prepaga	30	A	Bradicardia sintomática	Bradicardia sintomática	HTA, tto B bloq.	UCO, Electrofisiología, Infecto.	Colocación MCP, recambio de generador, ATB	Infección hospitalaria, retardo en la decisión médica.	HC pseudomona.
SO	79	F	O.S. pers.dir	18	AID	Insuf card	EPOC reag	FA crónica, RVAo, demencia	UCO, Cx plástica	Escarectomía, ATB.	Retardo en la decisión médica.	4 días de Int en UCO sin requerimiento, 12 días estable post escarectomía para el alta.
MR	85	M	Prepaga	19	ACR	Hematoma subdural	Hematoma subdural crónico	Caidas recurrentes	UTI, Ncx.	Drenaje quirúrgico, reposición de sodio	Causa médica, requiere reintervención. Retraso en otorgamiento de centro de rehabilitación	No hay mención de status previo ni posterior a la intervención.

DatosDe los casos analizados

Apertura	Cant	Prop	Estancias	Est. media	Edad prom
Pacientes femeninos	18	58 %	675	21.77	79
Pacientes masculinos	13	42 %			
Total	31	100 %			

Condición de egreso	Cant	% s/tot
Óbitos	4	13%
Alta sin soporte adicional	13	42 %
Alta con internación domiciliaria	11	36 %
Alta a Centro de rehabilitación	2	6%
Alta a Centro de tercer nivel (geriátrico)	1	3 %

Reingresos durante el año	Cant	% s/tot
Única internación	22	71%
Con 1 reingreso	4	13%
Con 2 reingresos	3	10 %
Con 4 reingresos	2	6 %

Tipo de internación	Cant	% s/tot
Cirugía general	5	16.1 %
Cirugía traumatológica	6	19.4 %
Neurocirugía	1	3.2 %
Clínica médica	19	61.3%

Uso antibióticos	Cant	% s/tot
Con indicación de atb	25	81 %
Sin indicación de atb	6	19 %

Costos directos incluidos en los módulos

Los valores no son los reales. El objetivo es exponer la diferencia porcentual.

Concepto	Valor prom.
Total casos analizados (675 días)	\$ 1.659.00
Días de pacientes fallecidos	\$ 2.502.00
Días de pacientes con retardo en ID – 3er nivel	\$ 1.385.00

Definiciones

Infección intrahospitalaria: Se define como aquel cuadro febril que, en ningún caso motiva la internación, se desarrolla luego de las primeras 48 hs de la hospitalización y que, en algunos casos se acompañaron de cultivos positivos con germen intranosocomiales.

Causa médica: Se define como aquella que surge de la evolución, previsible o no, de la patología o de los tratamientos instaurados.

Retardo en la toma de decisiones: Aquellas situaciones en las que las decisiones de procedimientos diagnósticos o terapéuticos aparecen luego de un periodo de estabilidad del paciente que hubiera permitido tomarlas con antelación.

Retardo en la descomplejización: Aquellas situaciones en las que la prolongación de medidas invasivas resulto innecesaria o excesiva para la patología que motivó la internación o el tratamiento de las complicaciones e interurrencias.

Causa de prolongación (1)	Cant	% s/tot
Infección intrahospitalaria	21	68 %
Retardo en la toma de decisiones	12	39 %
Retardo en otorgar soporte de alta (ID-3er nivel,etc)	5	16 %
Retardo en la descomplejización	5	16 %
Causa médica	7	22 %
Como única causa	2	
Con otras causas	5	

(1) La suma de cantidades y porcentajes excede el total analizado porque hay casos concurrentes.

Datos generales de la entidad

Estancia media (ene/sep 2011)

A los efectos de este cálculo se consideran solo los pacientes mayores de 15 años.

Rango etéreo						
Edad	16 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a 64	65 a 74	75 o más
Estancia media	3.06	3.21	3.72	4.52	5.85	7.37
	3.57				6.84	

Días cama (incluye la totalidad de los internados)

Concepto	Cant
Del bimestre analizado (a)	8104
Internaciones prolongadas (b)	675
% de (b) / (a)	8.32%

Ingresos por guardia clínica y traumatológica

Destino		Rango etéreo						Total
		16 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a 64	65 a 74	75 o más	
En unidad de observación	Cant	64	46	48	50	29	46	283
	% s/tot	23 %	16 %	17 %	18 %	10 %	16 %	
		73%			27 %			
Quedan internados	Cant	538	381	396	692	533	1201	3741
	% s/tot	14 %	10 %	11 %	18 %	14 %	32 %	
		54 %			46 %			

Internaciones prolongadas - más de 14 días (ene / sep 2011)

Días	Rango etéreo						Total	% s/tot
	16 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a 64	65 a 74	75 o más		
15 / 20	6	12	10	23	21	73	145	47%
21 / 25	4	3	5	13	7	28	60	20 %
25 /30	1	0	2	4	5	16	28	9 %
31 o más	3	7	7	9	17	31	74	24%
Totales	14	22	24	49	50	148	307	
% s/total	5 %	7 %	8 %	16 %	16 %	48 %		

Dictamen de auditoría médica

El abordaje de las internaciones prolongadas se ha convertido en un problema complejo.

La prolongación de la expectativa de vida sin una mejora significativa en la calidad y una realidad social que obliga a gran parte de familiares a trabajar fuera de la casa conlleva a que el motivo social sea un problema de difícil abordaje.

Desde los recursos asistenciales, se cuenta con un sistema deficitario de seguimiento efectivo de pacientes con patologías crónicas en forma ambulatoria, centros de alta y mediana complejidad que absorben la totalidad de las internaciones, a falta de centros que permitan la atención de patologías menores que requieran internaciones cortas.

Esta situación expone al uso desmedido de los recursos con el consecuente incremento de los gastos.

En la práctica diaria, el médico de internación se encuentra frente a una situación compleja que resulta un verdadero desafío: pacientes añosos con patologías crónicas, seguidos por múltiples especialistas, que se internan por patologías agudas.

Lo que en principio parecería sencillo de resolver, como diferenciar la patología crónica de la aguda, no siempre resulta tan nítido.

Asimismo, el hecho de focalizar la patología aguda y establecer problemas pasibles de resolución mediante la internación, se torna imprescindible a la hora de intentar evitar internaciones prolongadas y optimizar los recursos.

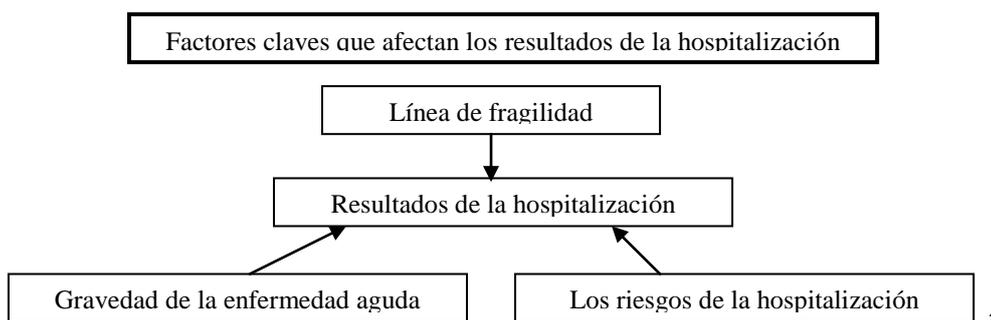
Desde el momento mismo de la consulta en guardia, se genera una cascada de eventos en los cuales, la interacción de varios grupos de actores tales como sistema de cobertura, médicos tratantes, pacientes, familiares y hasta las propias instituciones, resultan indispensables para lograr calidad médica y gestión de los recursos.

Del análisis que hemos realizado surge que el **46% de los pacientes que se internan son mayores de 65 años.**

Si bien esta situación se condice con un incremento real del riesgo de sufrir enfermedades más graves, el reconocimiento de condiciones tales como la fragilidad y vulnerabilidad de los pacientes permiten predecir una mayor frecuencia de hospitalizaciones, prolongación de los días de estada y un alto índice de re-admisiones hospitalarias.

Nuestro trabajo de investigación tuvo por objeto analizar la problemática de las internaciones que se prolongaron más allá de los 15 días en la población mayor a 65 años.

Entendiendo la externación de los pacientes como un proceso fuertemente dependiente de al menos tres aspectos: el impacto de la patología aguda, la vulnerabilidad previa de los pacientes y el resultado de la internación (con la posibilidad de las complicaciones e interurrencias), sin duda alguna, la población anciana se encuentra en clara desventaja.



Hemos analizado las historias clínicas de los pacientes encontrando que, en la mayoría de ellas, lo plasmado en los escritos, hace imposible deducir las características de los pacientes frente a los cuales los médicos que lo trataron se enfrentaron..

Datos relevantes como el **performance status, condición previa al ingreso, status cognitivo del paciente, NO son datos volcados en la historia clínica, así como tampoco se consignan datos del entorno familiar o acompañantes.**

Pacientes ancianos son particularmente afectados por internaciones prolongadas, provocando aumento del riesgo de sufrir complicaciones iatrogénicas, declinación de la clase funcional previa, aparición de trastornos mentales que acompañan a la edad tales como delirio y excitación, alto riesgo de re-internaciones y elevada posibilidad de requerir institucionalización a la hora del egreso sanatorial.

Si bien estos datos pueden resultar innecesarios en otro grupo etéreo, el hallazgo de que un tercio de los pacientes internados son mayores de 75 años, obliga a consignarlos sistemáticamente como forma de abordar una arista de esta problemática.

La necesidad de reconocer, en esta población, aquellas patologías crónicas que progresarán con el tiempo y aún aquellas que pueden definir el final de la vida de los pacientes, resulta imprescindible a la hora de abordar el tratamiento a fin de **evitar intervenciones que, en la mayoría de los casos no modifica su pronóstico y, por el contrario, genera expectativas sin fundamentos, con un incremento en los gastos.**

Pacientes con enfermedades avanzadas y deterioro progresivo son admitidos usualmente en la internación, producto de patologías neoplásicas o degenerativas, donde se torna fundamental la valoración de las posibilidades de recuperación antes de instaurar tratamientos o intervenciones fútiles.

El reconocimiento de las posibilidades de complicaciones durante la internación permite poder actuar sobre algunos puntos.

Las enfermedades iatrogénicas, los errores en torno a medicación, infección nosocomial y errores en procedimientos y terapéuticos son situaciones frecuentes en esta población.

La prolongación de la internación obliga, en la mayoría de los casos, a un incremento en la postración con la consecuente posibilidad de complicaciones relacionadas tales como una sensible reducción de la capacidad funcional, la aparición de lesiones por decúbito, incremento del riesgo de fenómenos aspirativos, mayor riesgo de caídas accidentales y aumento del riesgo de desarrollar cuadros confusionales.

Los pacientes habitualmente se encuentran polimedificados y el incremento de medicación puede devenir en interacciones medicamentosas indeseables.

Hemos observado que los **errores en procedimientos diagnósticos y terapéuticos** resultaron de situaciones diversas.

Pacientes con patología crónica en estudio ambulatorio que fueron admitidos y en los cuáles se continuaron estudios internados. Resultaron excesivos e innecesarios dado que no contribuyeron al diagnóstico ni permitieron encarar un tratamiento dirigido.

Asimismo, pacientes ancianos con enfermedades neoplásicas avanzadas, donde la evolución del tratamiento hizo suponer un exceso en la expectativa previa al tratamiento por parte del especialista tratante.

El desarrollo de **infecciones intranosocomiales** ha sido uno de los datos tangibles más relevante de nuestro análisis.

La observación de que **el 20% de los pacientes con internaciones prolongadas eran pacientes con patología traumatológica (fractura de cadera en su mayoría)** pone de manifiesto la necesidad de conocer datos funcionales previos del paciente así como entorno familiar y continencia del grupo sostén, dado que aporta aspectos que hacen a la conducta médica y al pronóstico.

En un número muy pequeño de historias clínicas hemos encontrado la mención de la **alimentación enteral de los pacientes**, sin ser este dato un elemento buscado particularmente por los médicos tratantes.

Si se analiza que evaluamos una población donde la patología vascular encefálica junto con la mayor incidencia de trastornos cognitivos conlleva a la aparición de trastornos deglutorios, la búsqueda sistemática de este trastorno permitiría abordar una posible resolución temprana, disminuyendo el impacto que esto genera a la hora de la externación de pacientes con alimentación por métodos artificiales.

Si bien la ausencia de los datos mencionados resulta llamativa, hemos encontrado que, en nuestra población, en el 68% de los pacientes las internaciones prolongadas se debieron a la intercurencia de **infección intrahospitalaria**.

Al evaluar detenidamente las historias clínicas, se observa que en la mayoría de ellas, el foco no fue documentado.

En algunos casos, el hallazgo de hemocultivos positivos para gérmenes intranosocomiales pone de manifiesto que **el uso catéteres vasculares resultó una condición desencadenante**.

Cuando se evaluaron los pacientes, la mayoría de ellos se encontraban con venoclisis que resultaban prescindibles así como **sondas vesicales que, por la patología de ingreso o evolución, se suponen innecesarias**.

A estos eventos hemos denominado **retardo en la descomplejización**.

Ejemplo de esto lo dan pacientes que ingresaron por accidentes vasculares encefálicos y que, como única intercurencia, presentaron fiebre, con la necesidad de ser tratados, retardando de este modo la externación.

Pero estos datos no pueden ser separados del hecho que hemos denominado **retardo en la toma de decisiones**.

La observación de que la totalidad de los pacientes fueron asistidos, durante su internación, por más de un médico, pone de manifiesto que, **cuantos más actores se vean involucrados en las decisiones, más complejo resultará el manejo de estos pacientes**.

Cierto es que, la mirada de varios especialistas sobre un mismo evento pueden no coincidir.

El uso y/o la prolongación del uso de catéteres urinarios en pacientes con cirugía traumatológica, habitualmente, es inducido por el traumatólogo con una visión de mayor comodidad en el manejo de los pacientes post operados. Sin embargo, esta práctica sin dudas está ligada al mayor riesgo de desarrollar complicaciones tales como infecciones relacionadas al catéter urinario, retención urinaria aguda luego de la remoción de la sonda y traumas vesicales por tironeamiento.

En este sentido, el reconocimiento de un médico de cabecera (internista), que conoce con mayor profundidad al paciente, que está encargado de sus cuidados, se constituye en un referente para la familia, y se torna imprescindible a la hora de tomar decisiones que permitan disminuir riesgo de complicaciones y optimización los recursos.

Una práctica desarrollada por algunas empresas privadas de medicina a fin de lograr este seguimiento de los pacientes por un **médico cabecera**, es la incorporación de médicos propios que visitan diariamente a los pacientes internados y realizan su seguimiento.

Si bien en nuestro análisis resultó difícil el reconocimiento de aquellos pacientes seguidos por médico de su prepaga/OS, no hemos observado una diferencia significativa a favor de esta práctica. Nos hemos referido con anterioridad, a la externación como un proceso fuertemente dependiente de tres factores: la patología aguda, la vulnerabilidad y fragilidad previa de los pacientes y el resultado de la internación.

Con esta visión, **la transición de los cuidados al momento del egreso sanatorial, representa una dificultad cierta**.

Pudimos observar que esta problemática empeora en los pacientes más añosos o en aquellos en los que el deterioro de la clase funcional obliga a una mayor dependencia de terceros.

En la práctica diaria, el hecho de planificar la externación con antelación, manteniendo un dialogo fluido con la familia y con premisas claras al momento del egreso resulta fundamental a la hora de evitar prolongar internaciones.

El reconocimiento de cuáles y por qué periodo de tiempo el paciente externado requerirá de los cuidados que se consignan debe ser ampliamente abordado por los médicos tratantes y el entorno familiar.

Es una realidad que **no resulta igual planificar la externación de un paciente que requerirá asistencia transitoria por patologías reversibles, de aquellos pacientes con patologías que progresarán o aún, empeorarán con el tiempo, de evolución crónica y con dependencia total o parcial.**

En primera instancia, la asistencia y continencia familiar, es SIEMPRE requerida.

La evaluación de las condiciones del paciente al alta sanatorial, da lugar a varias posibilidades.

Externación al domicilio con exclusiva asistencia familiar: en nuestro análisis representó el 42 % del total de los externados.

Externación al domicilio con asistencia de profesionales en domicilio mediante el sistema denominado Internación domiciliaria, tales como médico de cabecera, kinesiólogos, enfermería, etc., que en el análisis representó el 35 %.

En relación a este sistema de cuidados domiciliarios, ha surgido ya hace años como un método de asistencia a pacientes con requerimientos puntuales y como forma de evitar prolongación de internaciones en pacientes que necesitan intervenciones de complejidad menor.

En la práctica actual, este sistema se torna efectivo cuando es dirigido a resolver problemas puntuales tales como administración de medicación endovenosa transitoria, kinesiología de rehabilitación post quirúrgica, curación de heridas abiertas, etc.

La externación a centros de rehabilitación habitualmente queda reservada para pacientes con alteraciones transitorias y en los cuales se prevé un cierto grado de reversión de las secuelas.

En la población que hemos estudiado, el **3% fue derivado a centro de tercer nivel (geriátrico).**

La observación de que, cerca del 80% de los pacientes son externados al domicilio, expone una realidad a la que el sistema se debe enfrentar.

Pacientes añosos, con comorbilidades múltiples y en un porcentaje elevado, con declinación de la clase funcional, deben ser reinsertados luego de internaciones prolongadas y esto requiere abordar esta problemática desde varios ángulos.

En este sentido, cobra especial relevancia el hecho de reconocer lo que hemos denominado fragilidad y vulnerabilidad de los pacientes que se externan.

La concomitancia de enfermedades degenerativas progresivas que ponen al paciente dependiente de terceros obliga a establecer mecanismos de contención que apunten a brindar control ambulatorio efectivo y evitar re-internaciones.

Si analizamos que, del 80% de pacientes que se externan a domicilio, la mitad de ellos lo hacen con sistema de internación domiciliaria, es posible comprender que, en muchos casos, este sistema es utilizado como mecanismo para brindar una atención que excede a los principios básicos de esa prestación.

Haciendo referencia al porcentaje elevado de pacientes en los cuales los cuidados domiciliarios requeridos se centrarán en el acompañamiento y contención del anciano, deja expuesto que el sistema de internación domiciliaria con la visita diaria breve de los especialistas resulta claramente deficiente.

Esta situación se observa con frecuencia en la práctica clínica donde, la problemática social del anciano exige un acompañamiento que debe estar a cargo de la familia pero que, cada vez con más incidencia, es solicitada a la obra social o prepaga.

Esto genera una exigencia a la hora de planificar los egresos, que en la actualidad, resulta de difícil resolución por parte del sistema de salud, con un incremento ostensible de los gastos y prolongación de las internaciones.

Desde la mirada del financiador

Todos los casos objeto del estudio, incluyendo los de la cartera propia, han sido objeto de auditoría médica de los financiadores, que tienen un nivel de exigencia por encima de la media.

El porcentaje general de débitos antes de refacturación es del 4.6% y final de 3.5%. El final de los 31 casos analizados es del 3.8%.

La conjunción de ambos datos, nivel de exigencia de la auditoría y bajo porcentaje de débitos, deben interpretarse como la aceptación de los financiadores de los criterios con que se han manejado los casos. Como veremos más adelante esto no implica que no se deba revisar, y profundamente, todos los modos, conductas y criterios.

El presente del financiador

Hacia un cambio obligado

Los resultados del estudio, comparados con los de años anteriores, muestran como primera variable significativa un **sostenido incremento de la estancia media**. También hay un aumento del costo día cama, a valores constantes, en los pacientes adultos mayores comparados con el resto de los internados.

El 48% de las internaciones prolongadas pertenecen a pacientes mayores de 74 años y el 46% de las internaciones derivadas de la guardia pertenecen a mayores de 64 años.

Los análisis de costos muestran un incremento a partir de los 50 años, y más marcadamente luego de los 65. Es decir, la cantidad/complejidad de prestaciones es directamente proporcional, en promedio, a la edad del paciente.

La internación de un adulto mayor bajo las actuales condiciones genera un alto costo adicional en la recuperación posterior. Es estándar esperado que por cada día que permanece internado requiera luego 7 de recuperación.

Al proyectar estos datos para los próximos 5/10 años se encienden varias alarmas. Se tornan insostenibles tanto para prestadores por el peligro de colapso de la disponibilidad/giro de camas, como para el financiador que afrontaría un incremento de costos disociados de la generación genuina de recursos.

Contexto nacional

Argentina es uno de los casos latinoamericanos de mayor envejecimiento de la población, por reducción de los niveles de fecundidad y mortalidad y se espera que dicho proceso aumente en los próximos 50 años, cuando la población de 80 años y más sea una cuarta parte del total de los mayores, unido al hecho de que la población de adultos mayores crece más rápido que la población total. Nuestro país está en un proceso de transición demográfica.³

La población objeto de este estudio es de CABA y Gran Bs.As. Según el Censo Nacional de Población del año 2010 la Ciudad de Buenos Aires posee la menor proporción de menores y el mayor porcentaje de mayores de 65 años (16.4% siendo la media del país de 10.2 %) y tasa negativa de crecimiento poblacional. Desde una mirada más local, quienes residan y demanden servicios sanitarios en la Ciudad de Buenos Aires y alrededores formarán parte del extremo más crítico del problema.

Para el 2030 la población mayor de 60 años será el 31% a nivel nacional y demandará aumentos importantes en los gastos de seguridad social (jubilaciones y pensiones, asistencia médica y social, etc)⁴

El proceso de envejecimiento –en términos médicos y biológicos- está en retroceso y se estima que ha mejorado en más de 10 años.

La esperanza de vida del quinquenio 2010-15 es de 72.44 años para varones y 79.54 para mujeres. Al cabo de 10 años, período 2020-25, pasa a 74 y 81.10 y durante el lapso 2030-35 pasa a 75.33 y 82.43.⁵

Recordemos que estos son datos promedio y que los habitantes de CABA y Gran Bs.As están, y bastante, por sobre la media.

Las mejoras en los estándares de salud y los aumentos de la esperanza de vida, muestran una tendencia a estimar ancianas a personas de bastante mayor edad.

Si nos atenemos a las imágenes que en el pasado existían acerca de los adultos mayores, la idea se reflejaba de la siguiente forma: estábamos en presencia de personas con salud deteriorada, que subsistían con una exigua pensión, en una vivienda vieja y sin confort, abatidas por la soledad. Esta imagen –dura por cierto- se ajusta a una parte de nuestros adultos mayores, pero luego de la revolución que representó en el siglo XX la aparición de la seguridad social, no se corresponde total y exactamente con la realidad.

Hoy debemos discernir por lo menos tres grandes grupos:

- El compuesto por adultos mayores comprendidos entre los 65 y 74 años, a los cuales se los puede considerar de similar forma que la grupo de edad inmediatamente precedente, si consideramos que desde el punto de vista de las posibilidades y necesidades se asemejan.
- El integrado por quienes tienen entre 75 y 84 años, que presentan un cuadro con mayores problemas de salud y requerimientos de asistencia.
- Finalmente los mayores de 85 años que se acercan bastante a la imagen antes descrita.

Con este proceso de envejecimiento también cambia la composición interna de los grupos de 65 y más años, ocurriendo un nuevo fenómeno que se da en llamar de tercera y cuarta edad.

Todos estos datos, y muchos más que no ameritan ser volcados por no ser este el foco del trabajo, llevan irremediablemente a considerar como primer interrogante en el mediano y largo plazo el financiamiento del sistema de salud, siempre bajo la consigna de no perder la calidad de atención.

Actualmente la razón de dependencia (proporción de la población que depende de la económicamente activa) es de 57 y obviamente irá en aumento.

Las ciencias médicas y todas las actividades técnicas e industriales que la acompañan han avanzado significativamente gracias a la tecnología. Lo mismo ha sucedido en otros ámbitos como la producción de bienes y servicios.

No obstante los resultados en términos de costos son opuestos. Mientras en la producción general disminuyen, en la medicina se encarecen.

Siempre con una mirada a largo plazo, y sin quitar el foco en la problemática del adulto mayor, imaginemos el perfil epidemiológico de los próximos 20/30 años como consecuencia de las adicciones.

Hoy se combate el tabaquismo cuyas consecuencias son conocidas por todos. Pero paralelamente crece el consumo de alcohol y sustancias prohibidas en todas las edades, particularmente en los jóvenes. ¿No habrá que ir imaginando los escenarios cuando estos jóvenes de hoy sean adultos mayores y presenten cuadros asociados a sus “viejas” adicciones?

Decisiones

Vista esta preocupante realidad el prestador analizado está trabajando en un proyecto de largo alcance para afrontar este nuevo escenario. Inicialmente se focalizará en la cartera de la prepaga propia.

Las bases del proyecto se fundan en un cambio de enfoque médico del adulto mayor dejando de lado la mirada clínica pasando a una más amplia, integradora y multidisciplinaria desde la geriatría y la gerontología.

Antes de detallar los pasos y acciones diagramados cabe definir algunos conceptos:

Geriatría - Gerontología⁶

Según la British Geriatrics Society, la geriatría es la rama de la medicina dedicada al anciano que se ocupa no sólo del diagnóstico y tratamiento de enfermedades agudas y crónicas, sino que también de su recuperación funcional y su reinserción en la sociedad. Sus altas tasas de morbilidad, sus diferentes patrones de presentación de las enfermedades, su mayor lentitud en la respuesta a los tratamientos y sus necesidades de soporte social precisan una formación médica especializada.

La Gerontología, en cambio, se define como la ciencia que estudia el envejecimiento en todos sus aspectos: biológico, psicológico y social, como ciencia pura, básica o académica

Para comprender mejor el modo de acción de la Geriatría es preciso analizar las características del enfermar del anciano. Los cambios físicos, sociales y de conducta dependientes de la edad avanzada se combinan con el efecto de múltiples enfermedades agudas y crónicas con diferente presentación y respuesta al tratamiento que en el enfermo joven.

No se debe confundir geriatría con medicina para pacientes mayores de 65 años. No es la edad de manera absoluta, sino las características clínicas, funcionales, mentales y sociales las que definen el tipo de paciente que más se beneficia de los conocimientos, el modo de abordaje y sistema asistencial que aporta la geriatría que centra su atención principalmente sobre el llamado “paciente frágil”.

Geriatría tampoco es atención de pacientes crónicos. La geriatría pretende prevenir la aparición de la enfermedad, impedir que evoluciones a la cronicidad o invalidez si ya se ha presentado, y conseguir que los casos que lleguen a dependencia total sean los estrictamente inevitables.

Paciente frágil⁷

En el sentido amplio de la palabra, frágil es aquello que siendo débil puede romperse fácilmente. Aplicado a personas, el individuo frágil es aquella persona débil con un riesgo elevado a perder la capacidad funcional, pero que todavía es independiente.

En un ámbito como el de urgencias, que está organizado hacia el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades, hoy por hoy, se evalúa poco o nada la capacidad funcional y las actividades de la vida diaria. Por ello, es importante saber que entendemos por capacidad funcional y cómo la evaluamos, para poder detectar al paciente frágil en urgencias y, con ello, poder mejorar la asistencia a este grupo de población, cada vez más numerosa.

Entendemos por capacidad funcional, la habilidad que tiene una persona por sí misma, de llevar a cabo una actividad determinada. Dicha capacidad se puede referir tanto a la función cognitiva como a la función física, o ambas.

Al nacer carecemos de capacidad funcional, tanto física como cognitiva, por lo que dependemos totalmente de los demás para subsistir.

Progresivamente vamos alcanzando esas capacidades. Primero las básicas de la vida diaria (ABVD). Luego otras más complejas que nos permiten desenvolvemos en sociedad, son la denominadas actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). En un tercer nivel las actividades avanzadas (AAVD) que son aquellas que dependen de la facultad innata de aprendizaje y nivel sociocultural. Finalmente están las actividades especiales de la vida diaria (AEVD) que no todos poseen como, por ejemplo la capacidad creativa de un artista.

Por el contrario al enfermarnos y/o envejecer este proceso se invierte y vamos perdiendo dichas capacidades, de forma inversa a como las adquirimos, y son las últimas adquiridas las primeras en perder, iniciándose la discapacidad.

Para medir y predecir los diversos grados de discapacidad se utilizan escalas de valoración funcional para las actividades de la vida diaria y test cognitivos. La conjunción de todos ellos permite una valoración geriátrica integral muy útil en los servicios de emergencia hospitalaria.

Se describen brevemente los más utilizados:

De actividades básicas de la vida diaria – ABVD

Índice de Barthel:⁸

El Índice de Barthel también conocido como Índice de Discapacidad de Maryland es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria.

Índice de Katz⁹

Valora funciones básicas, baño, vestido, uso de sanitarios, movilidad continencia de esfínteres y alimentación, en términos de dependencia o independencia.

El grado de dependencia se basa en el estado actual de la persona y no en su capacidad para realizarlas. Es dependiente si puede pero no quiere realizar una actividad.

De actividades instrumentales de la vida diaria – AIVD

Índice de Lawton y Brody¹⁰

Evalúa las capacidades para realizar las siguientes actividades instrumentales:

Índices de la capacidad cognitiva

Mini test de examen cognoscitivo (Mini Mental State Examinatios –MMSE- de Folstein)¹¹

Explora 5 áreas cognitivas: orientación, fijación, concentración y cálculo, memoria y lenguaje.

Test de Pfeiffer¹²

Se utiliza para detectar la posible existencia de deterioro cognitivo. Es el más utilizado por su brevedad y facilidad de manejo, tiene una gran fiabilidad y está menos influido que otros test por el nivel educativo.

Estado nutricional

Evaluación mínima nutricional – Mini nutritional assessment (MNA)¹³

Evalúa el riesgo de malnutrición para permitir una intervención nutricional temprana si es necesaria.

Dado que la fragilidad es un factor de riesgo para la discapacidad, es comprensible que aquellas variables predictoras de discapacidad para las ABVD puedan ser utilizadas como predictoras de fragilidad.¹⁴

Para detectar indicadores de fragilidad más precoces, se ha utilizado otros marcadores, como la frecuencia de visitas médicas, la presencia de síndromes geriátricos prevalentes en las personas mayores asociadas a fragilidad, como la malnutrición y caídas entre otros.¹⁵

En muchas ocasiones, se utiliza la inmovilidad, la pérdida del control de esfínteres, la confusión y el deterioro cognitivo como predictores de fragilidad, cuando en realidad dichas situaciones por sí mismas nos indican la existencia de discapacidad manifiesta, más que el riesgo de desarrollarla, siempre que estas situaciones no sean de aparición aguda o reciente. Si bien no es un concepto de fácil comprensión hay que enmarcarlo dentro del conocimiento de la forma atípica de enfermar que pueden llegar a tener los pacientes frágiles, entre ellos los ancianos. La forma de presentación de una enfermedad en un anciano frágil puede ser una confusión, pérdida de movilidad o del control de esfínteres, entre otros.¹⁶

Como resumen podemos definir la fragilidad como aquella vulnerabilidad que la persona presenta, derivada de la pérdida de reserva fisiológica de los diferentes sistemas que integran el organismo humano.¹⁷

El futuro del financiador

Líneas generales del proyecto

Con esta nueva mirada se inició un largo proceso cuyo objetivo es atender y contener la creciente demanda de servicios de la población de adultos mayores.

La definición del modelo se hizo a partir de otras experiencias, especialmente la de otros países sabiendo que hay varios modelos de asistencia geriátrica – gerontológica, y que no es posible determinar cual es el mejor.

Solo se puede afirmar que los modelos que funcionan tienen algunas características comunes como intervención precoz, cuidados continuos y seguimiento domiciliario.

A partir de estas experiencias, fuertemente contextualizadas a nuestra realidad, se están estudiando algunas acciones a corto y mediano plazo. En orden de prioridades, ellas son:

Servicio de internación domiciliaria (ID) focalizado en el adulto mayor

La **I. D.** es considerada una continuidad asistencial extramuros de todo hospital moderno que se proyecta a la comunidad, una modalidad de internación multidisciplinaria e interdisciplinaria, que se lleva a cabo a través de prácticas posibles de ser realizadas en el domicilio del paciente, teniendo en cuenta su entorno familiar, las características psicosociales, culturales e individuales buscando la inserción del paciente en su ámbito familiar con el objeto de lograr una rápida recuperación con participación de su entorno. El servicio busca que el paciente desarrolle mayor autonomía, y que la familia o quien la sustituya sea partícipe en el proceso de recuperación, ya que contando con el asesoramiento adecuado se convertirá en el principal sostén de los cuidados y tratamiento profesionales.¹⁸

La modalidad con la que se instrumenta la I.D. es muy variable. Para los financiadores que optan por tercerizar esta prestación se han creado empresas que brindan este servicio. Pocas han optado por una estructura propia.

La prepaga analizada cuenta con su propio departamento de cuidados especiales domiciliarios. Ha puesto en marcha el programa "Anciano frágil" que le ha permitido analizar las características y la tasa de eventos mayores (reinternación sanatorial, muerte) en la población de adultos vulnerables. Tiene por objetivo disminuir la utilización de camas sanatoriales, beneficiar al paciente mediante el manejo de patologías en su domicilio –que para ellos es mucho mejor porque están en su casa rodeados de sus afectos y, además, ayuda a disminuir la infección intrahospitalaria- y reducir costos. Abarca pacientes mayores de 65 años con limitación marcada en actividades básicas de la vida diaria, como la capacidad para higienizarse, para movilizarse o comer por sí solos; son aquellos pacientes que requieren permanentemente ayuda de terceros.

La clave para que esta modalidad funcione es la integración de un equipo interdisciplinario que realice un seguimiento sistemático de cada paciente, siempre desde la mirada integradora de la geriatría y la gerontología. Debe realizarse un abordaje bio-psico-social del paciente y su entorno. Una internación domiciliaria será positiva con un adecuado seguimiento asistencial, una contención familiar y una rehabilitación acorde.

El seguimiento asistencial a cargo de un médico geriatra pone más énfasis en la contención familiar que en el paciente. Si la familia deja de comprometerse con el paciente es casi seguro

que la reinternación está cercana. Hay que evitar el denominado stress del cuidado de los acompañantes, para ello se los debe capacitar en el manejo de las mínimas medidas de sostén. En nuestro país aún no está reconocida por los financiadores la figura del acompañante terapéutico que además de estar adecuadamente capacitado suple la ausencia o no compromiso de la familia.

El acompañante terapéutico brinda soporte emocional favoreciendo la autonomía del adulto mayor y la adaptación a los cambios psicofísicos, sensoriales, cognitivos y sociales que modifican su cotidianeidad. Tiene entrenamiento para desarrollar actividades socio-recreativas y de estimulación destinadas a reforzar la identidad del adulto mayor, facilitar la comunicación, fomentar su seguridad y planificar acciones que estimulen y conserven sus capacidades.¹⁹

Estudiar a todos los afiliados octogenarios y nonagenarios para determinar su grado de fragilidad.

En una segunda etapa se espera llegar a quienes aún no han demandado servicios de internación pero que por su edad integran la población de riesgo. Se determinará el grado de fragilidad y se tomarán las medidas adecuadas buscando calidad de vida para el afiliado, contención para la familia y previsibilidad para el financiador.

En esta misma línea un hospital de comunidad con un alto índice de adultos en su cartera de afiliados, ha desarrollado un programa de medicina preventiva focalizado en la detección algunas patologías como hipertensión, diabetes y otras.

Capacitación al personal médico de las unidades de guardia y servicio de clínica médica de los centros propios como base para una futura UGA (Unidad geriátrica de agudos).

Las unidades geriátricas de agudos conforman el nivel asistencial que, dentro de un servicio de geriatría, presta atención especializada, en régimen de hospitalización, a ancianos que cumplen criterios de paciente frágil con enfermedades agudas o reagudizaciones de enfermedades crónicas.²⁰

Las UGA deben estar localizadas en los hospitales generales, es decir, en los centros en que se disponga de los medios suficientes para el manejo de cualquier enfermo. La creación de hospitales monovalentes presenta desventajas asistenciales para el anciano y el propio hospital, y económicas para la planificación sanitaria.²¹

El sistema tradicional de atención en las salas de hospitalización nos se adapta habitualmente a las necesidades del paciente anciano con una enfermedad aguda. No se prevén las complicaciones habituales que desarrollan los ancianos durante la internación: úlceras por presión, incontinencia, caídas, inmovilismo, delirio, etc. Todo ello conduce a que, bien por la enfermedad que origina el ingreso o por el proceso asistencial (diagnóstico y terapéutico) hospitalario, se origine una pérdida funcional que afecta a más de un tercio de los ancianos.²²

Adaptando esta teoría se diseñarán protocolos para la atención de los adultos mayores en las unidades de guardia y servicio de clínica médica.

Las decisiones al ingreso del paciente en etapa aguda son determinantes para predecir el tiempo estimado de internación. Un ACV sin cuadro hemorrágico y con parámetros estabilizados puede externarse en 24/48 hs y seguido con una ID que incluya un seguimiento adecuado, un apoyo de la familia convenientemente capacitada y una efectiva rehabilitación.

Una internación excesiva, como vemos en alguno de los casos analizados, es negativa para el paciente, no contribuye a su calidad de vida, genera complicaciones, siendo la más habitual la infección intrahospitalaria y, además, aumenta los costos durante y luego del egreso. Recordemos que 1 de internación de un adulto mayor equivalen a 7 de rehabilitación.

Incorporación de geriatras

En primera instancia se fomentará la incorporación de geriatras en las cartillas. Su principal objetivo será la puesta en marcha de los planes de prevención.

Paralelamente se conformará un equipo de geriatras para el manejo de las internaciones de todas las clínicas del grupo.

Cuidados paliativos

Los cuidados paliativos son programas que dar una respuesta científica y a la vez humanitaria (enfoque integral) ante la problemática del paciente terminal y de su medio familiar. Paciente terminal (no confundir con enfermedad terminal) es aquél que padece una enfermedad incurable y

progresiva, sin posibilidad alguna de recuperación, cuya muerte inminente (paciente muriente) o cuya expectativa de vida es inferior a los 12 meses (paciente no muriente).²³

Enmarcado en esta definición se brindará esta prestación, seguramente a través de un servicio tercerizado. Del total de la población en condiciones de recibir cuidados paliativos el 80% son portadores de enfermedades terminales.

Esta modalidad prestacional no está contemplada por la mayoría de los financiadores, pero este no es el mayor impedimento para el paciente sino el reconocimiento de él, su familia y especialmente el equipo médico tratante, del estado terminal.

Ante un enfermo con el que “no se puede hacer nada” la medicina asume su propia frustración, por eso la asistencia que reciben estos enfermos evidencia, a menudo, un patético fracaso. Hay que tomar conciencia que siempre se puede hacer algo por el paciente, aún desahuciado, aunque la expectativa de vida sea tan sólo de horas o días, claro que bajo el modelo médico hegemónico que tradicionalmente impera en la medicina asistencial, esta respuesta no es posible.²⁴

Directivas anticipadas

En todas las instancias, aún en el adulto mayor sin patología pero que se encuadra dentro de los ancianos frágiles, es recomendable conversar con él y su entorno acerca de las directivas anticipadas conforme lo dispone la ley 26526 de Derechos del Paciente en el artículo 11 para que quede debidamente documentada la voluntad de todos. Se debe marcar las claras diferencias con la eutanasia.

En estos días se está tratando en el Congreso de la Nación un proyecto de ley conocido como “muerte digna” que complementa y amplía los conceptos del artículo antes mencionado.

La ausencia de esta instancia, insistimos debidamente documentada, conlleva la obligación de los médicos de continuar con tratamientos cuyo resultado se sabe de antemano no revertirá el cuadro.

Abundan ejemplos de las consecuencias ante la ausencia de esta declaración. Solo mencionaremos uno, actual, para dimensionar el hecho. Paciente de 70 años portador de una enfermedad hereditaria que conocía cual iba a ser su desenlace por haber visto el proceso que llevó al fallecimiento de sus hermanos. A raíz de esto había expresado verbalmente su deseo de no ser sometido a terapias de mantención en el momento de irreversibilidad del cuadro. Cuando llegó este momento, y al no estar escrita esta decisión, hay una discordancia familiar que, sin desconocer la voluntad del paciente, no logran un consenso. La consecuencia, está internado en UTI hace 70 días.

Está de más recalcar que decidir acerca del momento de la muerte propia o de un ser querido no es ni agradable, ni simple. Es en esta instancia donde la profesionalidad y la humanidad deben ir estrechamente de la mano para ayudar a transitar este difícil y siempre desconocido camino.

Otras propuestas

Hay otras acciones que no forman parte del proyecto pero no se descarta que puedan considerarse más adelante.

Una de ellas es la posibilidad de contar con un centro de cuidados medios y geriátricos. Un comentario oficioso indica que una de las más importantes empresas de medicina prepaga ha adquirido un sanatorio, actualmente sin funcionamiento, para este fin.

Lo que no muestra la historia clínica

En el devenir de una internación, especialmente en las prolongadas, y particularmente cuando el paciente es dependiente como en el caso de los adultos mayores, otros factores y actores gravitan y condicionan el resultado final, más allá de los aspectos estrictamente médicos.

Los más relevantes son:

Enfermería, vínculos con el paciente y la familia

El adulto mayor y su familia reclaman tácitamente del personal de salud, y en especial de enfermería, un reconocimiento humano y una comprensión de su ser con sus necesidades, satisfacciones o insatisfacciones, miedo y temor al desenlace de la enfermedad, a la separación de su espacio familiar y al trato recibido por parte del personal.

La seguridad para los adultos mayores está representada en escenarios, prácticas y personas que le son conocidas; al ingreso a una institución hospitalaria la vida cotidiana se altera, no sólo se ve afectada su salud, sino también la libertad, la independencia, la privacidad y la autonomía. La internación genera sensación de secuestro, incertidumbre, incapacidad para comprender

acontecimientos, sentimientos de soledad, indefensión y la obligatoriedad de vivir situaciones adversas. Es el personal de enfermería quien desde un trato cercano y humanizante puede revertir, al menos en parte, el cúmulo de sentimientos angustiantes.²⁵

El rol de la familia es ambivalente. Su ausencia genera sensación de abandono en el paciente y deja sin interlocutor válido a cuerpo médico.

Cuando está presente, además de interactuar en el diálogo con los médicos, colabora en los cuidados básicos de confort del paciente aliviando en parte la tarea de enfermería. Pero también puede ser un obstáculo si se transforma en un demandante permanente porque no logra asumir la nueva realidad del paciente.

Es habitual que la familia le exija al médico una explicación comparando el cuadro del paciente antes de la internación y ahora. Asumir que hasta hace muy poco tiempo era totalmente auto-válido y ahora deberá depender en todo o en parte para determinadas situaciones, es un proceso de difícil comprensión. No solo cambian radicalmente las condiciones de vida del paciente, también la de la familia que deberá necesariamente modificar sus costumbres y actividades para adaptarse a esta nueva realidad.

Lo que más angustia le genera a la familia del enfermo próximo al egreso es todo lo relacionado al cuidado en el domicilio. La alimentación, suministro de medicamentos, control e interpretación de signos vitales (tensión arterial – pulso – temperatura), movilización, higiene, etc son algunos de los temas que más interrogantes generan.

La teoría indica que el personal médico y de enfermería es quien debe motivar y preparar tanto al paciente como a los familiares para este nuevo escenario. Sin embargo cuando se prolonga la internación y se asume que algunas condiciones psico-físicas y motrices ya no cambiarán, la familia comienza a observar el accionar de los profesionales y va adquiriendo los conocimientos básicos para afrontar esta nueva realidad sin esperar una comunicación formal. Surgen muchas dudas que se transforman en preguntas. Ahí es donde el personal de enfermería fundamentalmente debe colaborar para despejar esas dudas y generar la confianza necesaria para que el momento del egreso.²⁶

Desde el mismo momento del ingreso deben comenzar un proceso de transición en que todos deben estar involucrados.

La transición es definida por Afaf Meleis²⁷ como el paso de una etapa, condición o estado de la vida a otra, y el resultado de la interacción entre persona y medio ambiente, que implica cambios en el estado de salud, relación de los roles, expectativas, habilidades y demandas, exige grados de responsabilidad, lapsos de tiempo. Este proceso tiene tres momentos, entrada, paso y salida y se caracteriza porque las personas alcanzan niveles de estabilidad y crecimiento frente a los sucesos que debe afrontar.

Este proceso debe ser conducido por el personal de enfermería por ser el que está en contacto casi permanente con el paciente y su familia y por poseer los conocimientos profesionales necesarios para capacitarlos.

En un contexto ideal el alta no debiera depender no solo de las condiciones clínicas y criterio médico sino también de la evolución de enfermería acerca de las condiciones y aptitudes adquiridas por el paciente y su familia para el cuidado domiciliario. Permitiría una disminución de las re-internaciones.

En nuestro país no están dadas las condiciones para que este proceso de transición pueda llevarse a cabo. La cantidad de enfermeras/os no alcanza a cubrir la demanda y no todos cuentan con la formación adecuada. Sí es imaginable este rol del personal de enfermería en el contexto de un servicio de gerontología, que hemos descrito anteriormente. En el mismo sentido siendo uno de los primeros eslabones del servicio integral de internación domiciliaria ya mencionado.

Relación médico- paciente/familia

Hasta mediados del siglo pasado la opinión del profesional médico era aceptada cual dogma por el paciente y la familia. Era impensado que la consecuencia directa de un resultado no esperado o no deseado deviniera en una acción judicial.

Tampoco se consideraban los derechos del paciente. Era de “buena praxis” ocultar diagnósticos, particularmente los terminales, al paciente.

Socialmente era esperable que un adulto mayor en algún momento, y “por los años que tiene”, se transformara en una persona dependiente que casi siempre quedaba a cargo de “la mujer de la casa” que no trabajaba.

No existían los geriátricos, y los hogares o asilos de ancianos eran escasos e inaccesibles si no se contaba con medios económicos suficientes.

Hoy, y por múltiples y complejos motivos que van desde la mayor información, no siempre fidedigna y bien interpretada, a la que se accede desde los medios e Internet, hasta la imposibilidad de asumir el cuidado domiciliario porque todos los adultos trabajan, esos “dogmas” han sido dejado de lado.

También gravita, es este punto negativamente, que los avances de las ciencias médicas y la tecnología han logrado condiciones de sobrevida que no tienen su correlato en las estructuras que deben contener al paciente en la etapa crónica de su patología.

En aquel escenario del pasado el paciente era “objeto de tratamiento no implicando esto una negación de sus derechos ni un menoscabo o desprecio. Era más bien el modo en que se establecía la relación entre el médico “que sabe” y el paciente que con “paciencia” esperaba que le indicaran que hacer.

Hoy el paciente es un “sujeto de y con derechos” que se vincula en un plano humano de igualdad con el profesional médico. Opina, pregunta, cuestiona, busca otra opinión. En el caso del adulto mayor a este vínculo se suma la familia.

En este más que complejo escenario la relación médico-paciente/familia debe ser cuidada tanto como el tratamiento.

“Nunca es triste la verdad, lo que no tiene es remedio” reza el estribillo del tema “Sinceramente tuyo” de Joan Manuel Serrat. Pues la verdad, aunque duela y entristezca, debe ser el sostén del vínculo entre médico y paciente/familia. Una verdad dicha en un marco de contención y respeto que genere confianza en aquellos que la están recibiendo. No basta con transmitirla, es necesario que la asuman.

Algunas veces, por suerte cada vez menos, se olvida quienes son los interlocutores y se cometen “sincericidios” que se transforman en un punto de inflexión en la relación a partir del cual la desconfianza está presente ante cada decisión tomada o comunicada.

Es claro que para que haya acuerdo se requiere la predisposición de las partes, pero en estas situaciones es el médico quien carga con la responsabilidad de conocer quienes son sus interlocutores y buscar el mejor modo de llegar a ellos, no siempre con “buenas noticias”.

Casi la mitad de los egresos analizados en este estudio, proporción que podemos trasladar al resto de los adultos mayores con internación prolongada, requirieron ID, o internación de otra índole. Sin dudarlos podemos afirmar que representó un cambio brusco y en algunos casos inesperado para el entorno.

Desde el momento del ingreso el médico debe ir transmitiendo a la familia y paciente, si está lúcido y orientado, el nuevo escenario que sobrevendrá al egreso. Deben conocer, por ejemplo, los requerimientos de infraestructura edilicia si el paciente comenzará a utilizar cama ortopédica o sillas de ruedas porque quizás deban realizar urgentemente cambios en el hogar.

Hay que instruirlos para el manejo del paciente y la interpretación de signos básicos de alteraciones, y como actuar ante ellos. Indicarles ante que actitudes o pedidos del paciente no deben ser condescendientes porque lo están perjudicando. Un ejemplo común de esto es alimentar a un paciente que no se quiere incorporar ni siquiera en la cama y termina con una broncoaspiración y la consecuente reinternación.

También es tarea del médico lograr las “voluntades anticipadas” de la familia en dos sentidos, uno el que menciona la ley de Derechos del paciente cuando el caso lo amerite, y el otro, más amplio, el que se predispongan positivamente a la nueva realidad.

Una buena contención familiar, sumada a una adecuada conducta terapéutica que rápidamente logre el egreso del paciente, genera un círculo virtuoso que se contrapone al círculo vicioso de sucesivas y cada vez más complejas reinternaciones que más temprano que tarde concluyen con el fallecimiento.

Cuando este marco no existe el paciente termina en el lugar inadecuado o innecesario como un centro de rehabilitación cuando no hay posibilidad alguna de rehabilitación.

Condiciones durante la internación

Una mujer que se interna con trabajo de parto, y la familia, luego de la preocupación y ansiedad propia del momento que están atravesando, ponen su atención en la hotelería. Si le corresponde habitación individual y no es posible asignársela por no haber disponible, se quejan e insisten para que lo antes posible se la otorguen. Aún así prestan atención muchas veces a detalles como “un decorado acorde al acontecimiento”. Hubo quienes observaron que no había una armonía arquitectónica, que el color del cortinado no combinaba adecuadamente con el tapizado de las sillas y sillones, etc. Ni que decir si no llegara a tener o no funcionara el televisor o la comida no fuera de su agrado.

Por todo ello es que los sanatorios privados de primera línea además de difundir sus cualidades asistenciales enfatizan el confort hotelero.

Cuando el paciente es un adulto mayor el énfasis en las condiciones hoteleras lo debe poner el prestador, pero mirando no solo el confort sino fundamentalmente la seguridad del paciente.

Aún con acompañamiento permanente se deben tomar todos los recaudos para evitar caídas que casi siempre devienen en fracturas.

El llamado síndrome de desacomodamiento que genera en el paciente un estado confusional obliga a adoptar medidas tales como sellar las ventanas o colocarles rejas.

Si el paciente está sin acompañamiento el personal de enfermería debe visitarlo más allá de los momentos pautados para tareas propias.

Es norma en todas las instituciones, y para los pacientes de todas las edades, la pulsera identificatoria. En los menores y en los adultos mayores es a veces el único medio de certeza de identidad ya que no están en condiciones, unos por edad y otros por estado confusional, de responder certeramente. Cuando la internación es en habitación compartida, y donde generalmente se busca internar personas de edades y/o cuadros similares, el personal de enfermería solo puede valerse de esa identificación si no hay acompañantes.

Las instituciones de primer nivel tienen programas integrales de seguridad del paciente que contemplan estos y muchos otros aspectos.

Atención al cliente

Al referimos al rol del personal de enfermería dijimos que “cuando se prolonga la internación y se asume que algunas condiciones psico-físicas y motrices ya no cambiarán, la familia comienza a observar el accionar de los profesionales y va adquiriendo los conocimientos básicos para afrontar esta nueva realidad sin esperar una comunicación formal”.

Ahora bien, paralelamente a adquirir los conocimientos va asumiendo y rechazando a la vez el nuevo escenario. Muchos lo superan, otros buscan responsables.

Un modo de canalizar ese rechazo es buscar las culpas y culpables en la institución. No se anima a planteárselas al cuerpo médico porque a la vez sabe que no puede ni debe enfrentarse con quien tiene a su cargo el cuidado del paciente. Con más razón, y por los mismos motivos, con la enfermería.

Queda solo un ámbito donde plantear “las razones por la que mi familiar está en ese estado”, ese espacio que en todas las empresas de las más diversas actividades, pero particularmente las de servicios, han dado en llamar “Atención al cliente”.

Fundamentan su planteo a partir de argumentos seguramente valederos pero sobredimensionados como “la comida estaba fría”, “hace frío o calor en la habitación”, “el médico no pasó en todo el día” (pero el paciente no siempre estuvo acompañado), “no le dan la medicación cuando lo indicó el médico”, “todavía no le cambiaron las sábanas”, y un sinnúmero de problemas más.

De más está acotar que el personal de “Atención al cliente” debe estar capacitado para recibir esa demanda y canalizarla adecuadamente para que tanto paciente como familia califiquen como buena la calidad percibida.

Se debe hacer un psico-enfoque del tema y quien lo plantea. Hay que “leer” el fondo de la cuestión, interpretando y entendiendo la angustia del familiar.

Una vez lograda la empatía, quien presentó la queja encuentra en su interlocutor un aliado y facilitador en el proceso hacia ese nuevo escenario representado por ese familiar que a partir de ahora requerirá atención intensiva.

Cualquiera de las instancias anteriormente descritas, enfermería-médico / paciente-familia, o esta deben transformarse en el sostén emocional del paciente y su familia. Si esto no se cumple es esperable la férrea negativa a retirar al paciente. “Así no lo llevamos”, suele ser la respuesta.

El futuro del sistema de salud

La última parte de la definición que inicia este trabajo dice “...aplicando los recursos disponibles, manteniendo como meta fundamental la calidad de atención del paciente”.

En una mirada prospectiva, sea como financiador o como prestador, es imprescindible plantearse hoy los escenarios de los próximos años siempre pensando en el delicado equilibrio entre recursos disponibles y mantenimiento de la calidad de atención y calidad de vida.

Calidad de vida es una expresión lingüística cuyo significado es eminentemente subjetivo: está asociada con la personalidad de la persona, con su bienestar y satisfacción por la vida que lleva, y cuya evidencia está intrínsecamente relacionada a su propia experiencia, a su salud y a su grado de interacción social y ambiental y en general a múltiples factores.

Calidad de vida del adulto mayor es la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo de envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y temor, al abandono, la muerte, la dependencia o invalidez.²⁸

Sin modificar la meta de “calidad de atención” sí habrá que reformularla pensando en la calidad posible para muchos. Esto no significa disminución sino focalizarnos exclusivamente en la atención.

En este sentido podemos imaginar las siguientes medidas, todas tendientes a la optimización de recursos:

- Desarrollar la medicina preventiva. El sistema de salud de nuestro país tanto en lo estructural como en lo cultural pone énfasis en la atención por demanda y no en generar procesos que induzcan a acciones preventivas. Sabiendo que no es traspolable por razones que está de más explicitar, sí vale mencionar que en algunos países (Ej Suecia) quien no cumple con su plan obligatorio de prevención pierde el seguro de salud. Ej: no realizarse una colonoscopia antes de los 60 años.
 - En los adultos mayores la prevención comprende, entre otros, estos aspectos:
 - Incentivar la actividad física.
 - Crear las condiciones para que su hábitat se transforme en un lugar seguro. (evitar escaleras, pisos resbaladizos, desniveles, etc)
 - Controles médicos periódicos independientemente de alguna sintomatología.
 - Programas comunitarios para prevención de patologías prevalentes según la edad. (Hipertensión, diabetes, etc.)
 - Evitar la automedicación.
- Los recursos volcados a una mejor hotelería (muchas veces superflua) deben asignarse a prestaciones. Es habitual ver la preocupación de la familia, más que la del paciente, por el televisor y la habitación individual aún en urgencias, antes que por la estructura humana y tecnológica del sanatorio.
- Siendo tecnológicamente posible hay que iniciar el camino hacia la historia clínica única para evitar duplicación de prestaciones, errores por desconocimiento de datos, etc. Es una decisión e instrumentación que necesariamente debe partir de un organismo público de salud. Además será una herramienta muy útil para brindar información epidemiológica.
- Categorización de prestadores. La combinación de estructura, tecnología, recursos humanos y perfil curricular de los profesionales deben servir para establecer los niveles de complejidad mínimos y máximos que cada establecimiento/profesional puede gestionar.
- El PMO o enumeración de prestaciones con cobertura obligatoria debe ser taxativo dejando para una instancia superior (organismo público) la evaluación y eventual autorización de algo no contemplado. El camino para conseguirlo no puede ser el recurso de amparo, sino el dictamen de una instancia interdisciplinaria.
- Los hechos que devendrán, esperemos acompañados del adecuado contexto y condiciones, incrementará la proporción de especialistas en geriatría y ocupar estos el rol que la formación les propone. Hoy es una especialidad subvaluada.

Otras, imaginadas para la generación de nuevas fuentes de financiamiento:

- Retraso de la edad de retiro. Conlleva una disminución o dificultad para la inserción de mano de obra joven. Más allá de compartir o no esta nada simpática medida, ya se ha puesto en marcha en algunos países de Europa.
- Generación de nuevas posibilidades de empleo para atender la demanda de servicios diversos (atención domiciliaria, transporte, cuidados especiales, etc) por parte de los mayores de 75 años. No hay que descartar que quienes están en la franja de 65/74 años puedan ser empleados para esta “nueva” opción laboral.

Algunas de estas u otras necesariamente formarán parte en un futuro no muy lejano de un paquete de medidas que responda a las crecientes demandas de la población de adultos mayores.

Conclusiones

Desde la auditoría

Hemos abordado la problemática de la prolongación de las interacciones en pacientes adultos mayores y ancianos como punto sensible, desde la auditoría, que permita intervenciones a fin de disminuir gastos y optimizar los recursos.

Del análisis pormenorizado de las historias clínicas, surgen datos tangibles que fueron plasmados en porcentajes pero hemos encontrado que hay otros aspectos no mensurables que resultan igualmente atendibles a la hora de abordar esta problemática.

Desde lo asistencial, la concepción de que el alta sanatorial de los pacientes se gestiona desde el momento mismo de la internación., permite atender a esta situación con una mirada integradora.

La edad promedio de 79 años arroja un dato ineludible: pacientes ancianos con patologías múltiples resultan internados producto de la interacción de varias situaciones.

La posibilidad de reconocer estados de vulnerabilidad así como lograr discriminar las patologías agudas de las crónicas y aquellas recuperables de las que no lo son, permite limitar las intervenciones a aquellas que logre modificar para bien la evolución y/o pronóstico.

A estos efectos resulta imprescindible sistematizar la evolución de los pacientes incluyendo su clase funcional.

En nuestro análisis, la prolongación de la internación se debió, en un 68% a la complicación con infecciones intranosocomiales. Hemos observado que esta complicación estuvo de la mano de procedimientos invasivos tales como venoclisis y catéteres urinarios, en algunos casos innecesarios.

La observación de estos datos postuló el retardo en la descomplejización como un problema atendible y que se encuentra ligado necesariamente al retardo en la toma de decisiones que, si bien abarcan otras situaciones que hemos detallado, resultan importantes a la hora de disminuir el riesgo de complicaciones para los internados.

Para concluir, el evento del egreso sanatorial de estos pacientes resulta una situación de difícil abordaje.

La programación así como un dialogo fluido con la familia, con directivas claras del cuidado del paciente son fundamentales para evitar prolongar internaciones innecesarias.

En un sistema donde la realidad social atenta contra la posibilidad de los cuidados domiciliarios y los recursos asignados son finitos, la problemática no plantea una solución efectiva en el corto y mediano plazo.

Desde el financiador

Durante el curso al referirnos al financiador lo hemos denominado “tercer pagador” porque es quien solo puede ser, en principio, espectador de las decisiones del afiliado/paciente que por voluntad o necesidad demanda atención asistencial y el médico que las viabiliza.

No vamos a explayarnos en detallar las herramientas que tiene el financiador, la auditoría médica una de las más importantes, para dejar de ser un simple espectador.

Centraremos el desarrollo en el contexto de este trabajo, las internaciones prolongadas de adultos mayores.

La preocupación por el incremento de la estadía promedio le cabe también al financiador pues es directamente proporcional a sus erogaciones.

Un prepago de nivel medio/alto estima que necesita 70/80 afiliados que abonen su cuota y no consuman para solventar una internación promedio. A mayor gasto e igual cuota media se genera un desequilibrio que urge ser corregido.

Es importante medir el gasto de todo el proceso y no de cada etapa aisladamente. Esto es, muchas veces el forzar un alta con una ID mal programada termina en una reinternación en el cortísimo plazo que genera mucho más erogaciones que las supuestamente ahorradas con un alta temprana.

Tal como lo hemos visto en la clase referida a la auditoría en terreno el financiador, representado por el auditor médico, debe ser un aliado de la institución hospitalaria, primero para lograr que el paciente reciba en tiempo y forma lo que requiera y con la calidad esperada.

En el caso específico de los adultos mayores, que como demuestran los casos analizados muchos requieren atención intensiva luego del egreso, el clave el rol del auditor de terreno para consensuar con todos los involucrados un egreso programado.

Ningún financiador tiene la totalidad de los servicios propios.

La ID, los centros de rehabilitación y los geriátricos son tercerizados. Sobre ellos también deben ejercer una auditoría para evitar que el mejor egreso programado se frustre por una inadecuada atención en alguna de esas instancias.

Desde todos los que intervenimos en la gestión

En el momento de decidir el tema no imaginábamos el abanico de variantes que se nos abría. Sin dudar todo lo que tenga que ver con los adultos mayores, y en los más variados aspectos, ocupará un lugar relevante en las agendas de los próximos años.

La simulación de auditoría de apenas 31 casos nos llevó a abordar, obviamente muy superficialmente, algunos temas que en el día a día no podemos conjugar con el ya y ahora que la actividad nos demanda.

Hay quienes con una mirada a largo plazo están sugiriendo o directamente creando las condiciones para que el 31% de adultos mayores en el año 2030 no signifique el colapso del sistema de salud.

Este trabajo solo trata de poner sobre la mesa el tema para que los que a diario tomamos decisiones, aún las más pequeñas, en el ámbito de la atención sanitaria comencemos a hacerlo con un horizonte que exceda el hoy y ahora.

Pensemos que puede hacer cada uno en materia de salud, que es el tema que nos ocupa, y en cualquiera de los otros que hacen a la calidad de vida de un pueblo (educación, justicia, etc), no con una mirada individualista sino colectiva y solidaria.

“Por eso a pesar de las desilusiones y frustraciones acumuladas, no hay motivo para descreer del valor de las gestas cotidianas. Aunque simples y modestas, son las que están generando una nueva narración de la historia, abriendo así un nuevo curso al torrente de vida.” Ernesto Sábato, La resistencia.

-
- ¹ Hospital Alemán. Introducción al curso anual de Auditoría médica. 2011
- ² Kim CS, Hart AL, Paretti RF, Kuhn L, Dowling AE, Benkeser JL, Spahlinger DA. Excess hospitalization days in an academic medical center: perceptions of hospitalists and discharge planners Am J Manag Care. 2011 Feb 1;17(2):e34-42.
Paula M. Podrazik, MDa,*, Chad T. Whelan, MD; Acute Hospital Care for the Elderly Patient: Its Impact on Clinical and Hospital Systems of Care; Med Clin N Am 92 (2008) 387–406
- ³ Jorge Aromando. Envejecimiento de la población y perspectivas socioeconómicas para el adulto mayor en la sociedad argentina.
- ⁴ Ídem
- ⁵ Ídem
- ⁶ Alonso T. Alonso Ruiz M.T. Arana A y otros. Necesidad del desarrollo de servicios especializados de atención al anciano frágil (II). Informe de la Sociedad Extremeña de Geriátrica y Gerontología (SOGGEX). Cáseres. Extremadura. España. 2004
- ⁷ Enric Duaso, Alfons López Soto, Valoración del paciente frágil en urgencias, Sección de geriatría Hospital Clinic de Barcelona, España. Junio de 2009
- ⁸ Cfr http://areasaludbadajoz.com/datos/enfermeria/escalas/INDICE_de_BARTHEL.pdf
- ⁹ Cfr <http://www.meiga.info/escalas/IndiceDeKatz.pdf>
- ¹⁰ Cfr <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/indicelawton.pdf>
- ¹¹ Cfr <http://centros-psicotecnicos.es/procesos-cognitivos-demencias/test-mini-mental/gmx-niv54-con136.htm>
- ¹² Cfr http://www.gerontologo.es/index.php?option=com_content&view=article&id=52&Itemid=60
- ¹³ Cfr <http://es.scribd.com/doc/6189829/Mini-Nutritional-Assessment>
- ¹⁴ Ídem 8
- ¹⁵ Ídem
- ¹⁶ Ídem
- ¹⁷ Ídem
- ¹⁸ Cfr www.mediplus.cl/articulos-medicos/hospitalizacion-domiciliaria-primer.html
- ¹⁹ Cfr. <http://www.aap.org.ar/publicaciones/dinamica/dinamica-1/dinamica-1.htm>
- ²⁰ Salgado A: González-Montalvo J. Geriátrica. Especialidad médica. Historia, concepto, enseñanza de la Geriátrica. En: Salgado A. Guillén F Ruipérez I. editores. Manual de Geriátrica 3ra edición. Barcelona. Massón, 2002, p 127-42
- ²¹ González Montalvo J.I. Pérez del Molino J. Rodríguez Mañas L. Salgado A. Guillén A. Geriátrica y asistencia geriátrica: para quién y cómo (y II). Med Clin (Barcelona) 1991;96. 222-8
- ²² Rubenstein I.Z. Josephson K.R. Wieland G.D.. English P.A. Sayre J. A. Kane R.L. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. N.England J Med 1984; 311: 1664-70.
- ²³ Cataldi Amatriani R.M. Revistas de la Sociedad de Medicina Interna de Bs.As.. Los cuidados paliativos.
- ²⁴ Ídem.
- ²⁵ Zea Herrera M.del C.Torres Marín B.P. Adultos mayores dependientes hospitalizados: la transición al cuidado. Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería. Medellín. Colombia. Marzo 2007.
- ²⁶ Ídem
- ²⁷ Meleis A. Transgesteins P. Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. Nurs Outlook. 1994.
- ²⁸ Anales de la Facultad de Medicina – Universidad Nacional Mayor de San Marcos – Lima – Perú – sep-07