
ATENCIÓN MÉDICA CONTINUADA EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO. ANÁLISIS DE 10 AÑOS.

G. Hoyos Villagrà
E. González-Pablos
A. Cepeda Andrés
J.M. Valles de la Calle
I. Herreros Guilarte
M.C. Moreno Villalba
C. Botillo Martín
F.J. Subirá Pérez
C. Martín-Lorenzo

Centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias. Palencia
ch.palencia@hospitalarias.es

Resumen

Introducción:

El Centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias de Palencia está compuesto por tres áreas asistenciales: Salud Mental, Personas Mayores y Discapacidad Intelectual. Con una capacidad total de 618 camas, ofrece una asistencia integral a personas con diferentes patologías. El servicio de guardias médicas atiende las urgencias médicas y emergencias que se producen en las tres áreas durante los turnos de atención médica continuada: tarde, noche, fines de semana y festivos. A nivel nacional e internacional existen dispositivos asistenciales que aseguran el tratamiento requerido para cualquier urgencia.

Objetivo:

Conocer el número de intervenciones de atención médica urgente por año y a lo largo

de 10 años (2010 a 2019), la tipología de las patologías atendidas, el área a la que pertenecen los pacientes atendidos, las derivaciones al hospital general y las defunciones.

Método:

Estudio descriptivo retrospectivo. Estadística de los datos recogidos diariamente durante 10 años.

Resultados:

A lo largo de los 10 años estudiados se han realizado un total de 35.282 atenciones médicas de urgencia, con notables variaciones anuales. El 44,7% de las atenciones son por patología psiquiátrica, el 8,83% de aparato respiratorio, 7,91% de aparato digestivo, etc. El 47,16% de las atenciones son a personas del área de Discapacidad Intelectual, el 31,27% del área de Personas Mayores y el 15,01% del área de Salud Mental. El número de personas fallecidas durante los turnos de

guardia fué de 267 en 10 años y el 85,77% corresponden al área de Personas Mayores. El número de derivaciones al Hospital General es de 679 en los 10 años, el 31,96% por problemas osteomusculares y corresponden el 40,35% a Personas Mayores.

Conclusiones:

La atención médica continuada en un Centro Sociosanitario en 10 años con un número total de 35.282 intervenciones y una media diaria de 9,66. La mayor parte son por patología psiquiátrica. Por áreas, las atenciones más frecuentes son en personas con Discapacidad Intelectual. Las derivaciones al hospital general dan una media de 67,9 al año, el 31,96% por problemas osteomusculares y las más frecuentes son en el área de mayores. El número de defunciones atendidas durante el horario de guardia tiene una media de 26,7 al año. Tanto las derivaciones al servicio de Urgencias del hospital general como el número de defunciones, son comparativamente menores que en centros de características similares.

Palabras clave: Centro Sociosanitario, atención médica urgente.

CONTINUED MEDICAL CARE IN A SOCIAL AND HEALTH CENTRE. ANALYSIS OF 10 YEARS

Abstract

Introduction:

The Social and Health center Hermanas Hospitalarias of Palencia has three Healthcare Areas: Mental Health, the Elderly Persons and Intellectual Disability. With a total of 618 beds, it offers comprehensive assistance to people with different pathologies. The medi-

cal guard service attends to medical emergencies and emergencies that occur in the three areas during the continuous medical care shifts: afternoon, night, weekends and holidays. At national and international level there are healthcare devices that ensure the treatment required for any emergency.

Objective:

Know the number of urgent medical care interventions per year and over 10 years (2010 to 2019), the typology of the pathologies attended, the area to which the patients attended belong, referrals to the general hospital and deaths.

Method:

Retrospective descriptive study. Statistics of the data collected daily during 10 years.

Results:

Over the 10 years studied, a total of 35,282 emergency medical services have been performed, with notable annual variations. 44.7% of the attentions are for psychiatric pathology, 8.83% for the respiratory system, 7.91% for the digestive system, etc. 47.16% of the care is with people from the Intellectual Disability area, 31.27% from the Elderly Persons area and 15.01% from the Mental Health area. The number of deceased persons is 267 in 10 years and 85.77% correspond to the Elderly area. The number of referrals to the General Hospital is 679 in the 10 years, 31.96% due to musculoskeletal problems and 40.35% correspond to the Elderly Persons.

Conclusions:

Continued medical care in a Social and Health center in the last 10 years shows a total volume of 35,282 services, with a daily average of 9.11. Most of them are due to psychiatric pathology. By areas, the most frequent care is for people with Intellectual Disabilities. Referrals to the general hospital give an average of 67.9 a year, 31.96% for musculoskeletal problems and the most fre-

quent are in the elderly area. The number of deaths averages 26.7 per year. Both referrals to the Emergency department of the general hospital and the number of deaths are lower than in similar centers.

Key Words: Social and Health center, urgent medical attention.

Introducción

Estado actual de las Urgencias a nivel nacional e internacional

Según datos del Sistema Nacional de Salud, abril 2020 (1), España tiene 46,7 millones de habitantes, el 19% mayor de 65 años, con una esperanza de vida de 83 años. Las defunciones son 427.721 al año, y sus principales causas son en mujeres: enfermedad cerebrovascular, cánceres de mama y colon; y en hombres: enfermedad isquémica del corazón, cánceres de pulmón y colon. Los principales problemas crónicos de salud son: hipertensión arterial 20%, dolor lumbar 19%, hipercolesterolemia 18%, artrosis 18%, alergias 15%, etc. El estilo de vida de la población adulta: sedentarismo 36%, tabaquismo 22%, obesidad 17%, etc. La cobertura del Sistema Nacional de Salud es pública, con una cartera de servicios completa para todas las personas que residen en España. Las cifras de la atención sanitaria urgente anual son: en Centros de Atención Primaria 29 millones, en Hospitales 25 millones y en servicios móviles de Urgencias y Emergencias (112 / 061) 7 millones de atenciones urgentes.

Un documento de referencia es la guía de Urgencias Hospitalarias del Ministerio de Sanidad (2). Se entiende por urgencia, según la OMS (3), “la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o

actividad de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia”. Según la Asociación Médica Americana (AMA), en una definición aceptada por la comunidad científica (4), “urgencia es toda aquella condición que, en opinión del paciente, su familia, o quien quiera que asuma la responsabilidad de la demanda, requiere una asistencia sanitaria inmediata”. Emergencia, es aquella situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de algún órgano.

Otro importante documento sobre este tema es el elaborado por el Defensor del Pueblo el año 2015 (5), quien ya había elaborado otro en 1988, señalando parte de los problemas existentes en las urgencias: el aumento de frecuentación, la saturación y el uso inapropiado de las urgencias hospitalarias, fenómenos también documentados a nivel internacional. La tasa de frecuentación de urgencias en España es notablemente más elevada que la del Reino Unido o la de Estados Unidos. En España, la estimación del uso inapropiado de las urgencias oscila en un rango entre el 24% y 79%. El 80% de los pacientes acuden al servicio de Urgencias hospitalario por iniciativa propia, sin ser derivados desde otros servicios como la Atención Primaria. Aproximadamente un 80% de los pacientes atendidos en Urgencias son dados de alta a domicilio. Los problemas de sobreutilización de los servicios de urgencia siguen aumentando, en parte porque los ciudadanos confían en su funcionamiento y eficacia.

Además la OMS en la 72ª Asamblea Mundial de la Salud de 21 de mayo de 2019 (6) aprobó la resolución: “Sistemas de atención de urgencia para la cobertura sanitaria universal: asegurar una atención rápida a los

enfermos agudos y las personas con traumatismos”, en la que insta a los gobiernos a “crear políticas en favor de la financiación sostenible, la gobernanza eficaz y el acceso universal a una atención de urgencia segura, de alta calidad y basada en las necesidades para todos, sin tener en cuenta los factores socioculturales, sin necesidad de pago previo de la atención y dentro de un sistema de salud más amplio que proporcione atención y servicios esenciales de calidad y protección contra los riesgos financieros como parte de la cobertura sanitaria universal”, con un amplio conjunto de resoluciones y medidas con esta finalidad.

Centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias de Palencia

El Centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias de Palencia (en adelante, el Centro) ha realizado una profunda transformación de la asistencia en la última década. Este cambio se inició con la implantación de nuevos modelos de atención centrada en la persona, apoyados por un Plan Director de reforma de las instalaciones que, en la década estudiada, supuso una reducción de la capacidad total autorizada del Centro desde 691 camas en 2010 hasta 618 camas en 2019.

La oferta asistencial incluye una amplia variedad de programas asistenciales para personas que sufren enfermedad mental, dependencia asociada a la edad y discapacidad intelectual. Se caracteriza por un Modelo Asistencial y Educativo integral que, mediante el trabajo en equipo interdisciplinar, aborda la asistencia contemplando los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, humanos y espirituales. El Centro está organizado en tres áreas asistenciales: Salud Mental, Personas Mayores y Discapacidad Intelectual, que pasamos a describir brevemente:

Área de Salud Mental: destinada a la atención integral e interdisciplinar de personas con problemas de salud mental con edades comprendidas entre los 18 y 65 años. Tiene una capacidad de 206 camas distribuidas en varias unidades de corta, media y larga estancia, trabajando sobre el modelo de recuperación. A nivel ambulatorio se realizan unas 1.300 consultas anuales con un total de 400 pacientes atendidos.

Área de Personas Mayores: dispone de 213 camas distribuidas en varias unidades residenciales destinadas a la atención integral e interdisciplinar de personas mayores de 65 años, que presentan problemas psicogerítricos, necesidad de convalecencia o cuidados paliativos. La asistencia se basa en el modelo de atención centrada en la persona. La edad media es elevada y presentan altos niveles de dependencia física. Cuenta, además, con un Centro de Día Psicogeriátrico con 30 plazas de estancia diurna.

Área de Discapacidad Intelectual: formada por varias unidades de media y larga estancia residenciales destinadas a la atención integral e interdisciplinar de personas con discapacidad intelectual, en diferentes grados desde moderado hasta severo y con diversos niveles de dependencia, generalmente con alteración de la conducta. Cuenta con un total de 199 camas distribuidas en varias unidades de convivencia, así como dispositivos de estancia diurna con 70 plazas en su Centro de Día y un Centro Ocupacional con 45 plazas.

El modelo asistencial del Centro se complementa con servicios transversales: Farmacia, Rehabilitación, Centro Ocupacional, Itinerarios formativos de inserción socio-laboral, Actividad Física y Deporte, Investigación y Docencia, Pastoral y Voluntariado.

Organización de la atención médica continuada en el Centro

Existe una organización específica para la atención de las urgencias que se presenten durante el horario habitual de las guardias médicas. La atención médica continuada se realiza mediante el servicio de guardias médicas, integrada y coordinada con la atención longitudinal en las distintas áreas. Las guardias médicas se realizan todos los días laborables desde las 15 a las 8 horas del día siguiente, y los fines de semana y festivos de 24 horas, según calendario. Un total de 5 médicos componen el servicio, con un coordinador del mismo y con refuerzos en periodos puntuales. Se dispone de dos hospitales generales de referencia (público y privado) en caso de necesidad de derivación de los usuarios.

Cualquier usuario que precise atención médica urgente puede obtenerla de varias formas: que el propio usuario o su familia soliciten la atención o, de forma habitual, tras la valoración previa por el personal de Enfermería. La atención médica continuada que se realiza es flexible, coordinada con la del equipo terapéutico y tiene en cuenta las particularidades de los pacientes de cada área del Centro. Tanto los residentes atendidos como las incidencias ocurridas en cada guardia se comentan en una reunión médica diaria, para garantizar la continuidad asistencial.

Se dispone de una dotación técnica adecuada para la atención a las urgencias habituales, incluido el soporte vital avanzado, acceso al servicio de Farmacia, así como la posibilidad de requerir la intervención de otros servicios de urgencia (112) y gestionar el transporte sanitario al hospital general de referencia y su acompañamiento, en caso de necesidad de derivación de los usuarios.

Además de la atención a las urgencias médicas en sentido estricto, el médico de guardia también realiza las funciones propias del jefe de emergencias, atendiendo las incidencias que puedan afectar a la seguridad de los usuarios o colaboradores, no recogidas en este estudio.

A lo largo de los últimos 10 años se ha registrado a diario la actividad de este servicio.

Objetivos

Descripción de la asistencia médica continuada y urgente durante los turnos de guardia médica en el Centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias de Palencia, entre los años 2010 a 2019: número de atenciones médicas, tipología de las patologías atendidas, derivaciones al hospital y defunciones.

Conocer las necesidades de atención médica continuada y urgente de los usuarios de un Centro Sociosanitario, diferenciadas por áreas asistenciales.

Análisis de las características del modelo de atención médica continuada urgente, como servicio asistencial transversal.

Metodología

Estudio descriptivo retrospectivo transversal sobre la población ingresada en un Centro Sociosanitario durante los años 2010 a 2019.

Método

Se han utilizado las anotaciones diarias de las incidencias ocurridas en las guardias que se recogen en programa de Gestión Asistencial Hospwin, apartado de Notificaciones,

que diariamente se trasladan para su análisis a una base de datos anonimizada en Excel y de donde extraemos la información para el presente estudio.

Participantes

Tomando como población a todos los pacientes/residentes ingresados en el Centro Sociosanitario durante el periodo de estudio, de ellos, se analizan los datos de aquellos en los que se ha realizado una valoración médica durante los turnos de guardia.

Variables

Se recogen las variables: diagnóstico (psiquiátrico y de otras patologías) área de procedencia, derivación al hospital general y defunción.

Análisis estadístico

El análisis de los datos se realiza con ayuda del programa SPSS versión 15.0 (SPSS Inc.). Las variables cualitativas se describieron como porcentajes. Se realiza una descripción estadística de las variables señaladas utilizando tablas y gráficos.

Resultados

Sobre una capacidad media de 615 camas se han realizado un total de 35.282 atenciones de urgencia. De ellas, algunas son por patologías médicas que hemos agrupado en entidades diagnósticas por especialidad médica y otras son por diferentes circunstancias: ingresos, altas, derivación, protocolos asistenciales, incidencias (fuga, error

de medicación, agresiones, caídas, etc.) y defunciones.

En la *tabla y gráfico 1*. Del número total de intervenciones de urgencia, el 44,78% (15.800) son por patologías psiquiátricas. A continuación, por encima del 5%, figuran patologías del aparato respiratorio: 8,83% (3.117); aparato digestivo: 7,91% (2.792); osteomuscular: 7,56% (2.669) y neurológica: 6,43% (2.267). A mayor distancia, entre el 1 y 5%, figuran intervenciones de otras patologías: alteración de la termorregulación (fiebre, etc.), aparato cardiovascular, endocrino-metabólico, genito-urinario, dermatológico, etc. La valoración de errores de medicación supuso el 1,65% (583).

Se participó en 194 ingresos o reingresos procedentes del hospital general (0,55% del total de atenciones) y en 145 altas (0,41% de las atenciones).

En la *tabla y gráfico 2* podemos ver la distribución de esa cifra total en los 10 años, distribuida en intervenciones por año. En 2010 el número de pacientes que se atienden son 1.816 creciendo de forma progresiva hasta 2016, en que se alcanza una cifra máxima de 4.776 (incremento del 5,15% al 13,51%) y desde ese año se ha producido una estabilización de las cifras en torno al 10%. El número anual de atenciones urgentes por año oscila entre 3600-3900 aproximadamente, con una media total de pacientes atendidos por día de 9,66.

En la *tabla y gráfico 3* podemos ver la distribución de las urgencias realizadas por áreas del Centro. El 47,16% de las intervenciones son en pacientes del área de Discapacidad Intelectual, el 31,27% del área de mayores y el 15,01% del área de Salud Mental. Esta estadística refleja muy bien las características de la población que atende-

mos. Cada área tiene en torno a 200 camas, pero sus urgencias son muy diferentes. Casi la mitad de las atenciones urgentes del centro se realizan en el área de Discapacidad Intelectual, siendo urgencias psiquiátricas en su mayor parte.

En las tres próximas tablas y gráficas 3, 4 y 5 vemos las características de las defunciones. Así en la *tabla 4* podemos ver que el número de defunciones totales durante el turno de guardia en los 10 años estudiados fue de 267, con una media anual de 26,7. Estudiando la distribución por áreas asistenciales (*tabla 5*) encontramos que en el área de Personas Mayores fallecieron 229 personas (85,77%), en el área de Salud Mental 12 personas (4,49%) y en la de Discapacidad Intelectual lo hicieron 8 personas (3,11%). Si analizamos las defunciones por año, encontramos que se encuentran en un rango de 19-32 la mayor parte de los años, pero existen algunos con cifras bajas o altas. Así, el año 2013 se registraron 13 (el 4,87% del total), mientras que en el año 2017 se registraron 38 (el 14,23% del total).

En las tres próximas tablas y gráficos (6, 7, 8) vemos las características de los pacientes derivados al servicio de urgencias del hospital general.

En la *tabla y gráfico 6*, el número total de pacientes derivados a servicios de Urgencias fue de 679 en los 10 años estudiados (el 1,92% del total de las atenciones médicas urgentes realizadas). Por tipo de patologías y en orden de frecuencia son: patología osteomuscular 31,96%, aparato digestivo: 19,15%, aparato respiratorio: 13,99%, neurología: 12,52%, cardiovascular: 8,10%, etc.

En la *tabla y gráfico 7* vemos estas derivaciones al hospital general por año, oscilando entre 50 pacientes derivados en 2010 a 85 derivados en 2014, con variaciones cada año. La media anual serían 67,9. En porcen-

taje podemos decir que el 1,92% del total de atenciones médicas urgentes fueron derivadas al servicio de Urgencias del hospital general durante los 10 años.

En la *tabla y gráfico 8* vemos la derivación a Urgencias del hospital general por cada una de las áreas asistenciales del Centro. El 40,35% de las derivaciones se realizan en pacientes del área de Personas Mayores, el 32,84% del área de Discapacidad Intelectual y el 17,08% del área Salud Mental.

Discusión

El número total de intervenciones médicas durante los turnos de guardia fue de 35.282 en los 10 años del estudio, lo que arroja una media diaria de 9,66. Los factores que pueden influir en las variaciones de actividad anuales son variados: reorganización del servicio, reformas estructurales, evolución hacia modelos de atención centrada en la persona, mayor demanda de los usuarios y familias, etc.

Aún con la variabilidad señalada, es una cifra asumible para un solo médico de guardia cada día, teniendo en cuenta que la valoración médica en cada caso puede suponer la realización de una entrevista clínica, la exploración necesaria, la revisión de la historia clínica, la cumplimentación de la historia clínica y pauta de tratamiento si precisa, y la información al paciente, familia o tutores. En los casos derivados, la elaboración del informe de derivación y sus trámites y la comunicación con el servicio de Urgencias destinatario. En las personas fallecidas, la cumplimentación del certificado de defunción.

El 44,78% de las consultas en las guardias médicas son por patología psiquiátrica, lo que se considera un indicador de la com-

plejidad de los pacientes ingresados en el Centro. Hay que tener en cuenta que durante la jornada de mañana son seguidos por los componentes del equipo interdisciplinar de cada Unidad (psiquiatra, geriatra, enfermera, psicóloga, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, trabajadora social, etc.) y participan en las actividades programadas en su plan terapéutico individualizado. A pesar de ello se generan consultas urgentes, en su mayoría psiquiátricas, debidas a alteraciones conductuales o descompensaciones en su estado psicopatológico. La mayoría de las urgencias por patología psiquiátrica (47,16%) se atendieron en residentes del área de Discapacidad Intelectual, la mayor parte de grado moderado o severo, pero con importante comorbilidad psiquiátrica: alteraciones de la conducta, trastorno psicótico, trastorno afectivo, etc.

El 31,27% de las consultas urgentes proceden del área de Personas Mayores. En esta área también predominan residentes con trastornos psiquiátricos graves (demencias, trastornos afectivos, trastornos psicóticos crónicos, etc.) que generan un número elevado de urgencias por patología psiquiátrica (agitación psicomotriz, cuadros confusionales, ansiedad, depresión, insomnio, etc.). El resto de las consultas urgentes son por patología del aparato respiratorio: 8,83%; aparato digestivo: 7,91%; osteomuscular: 7,56%; patologías neurológicas: 6,43%; alteración de la termorregulación: 4,91%; cardiovasculares: 3,47%; endocrino-metabólicos: 3,13%; genitourinarios: 2,81%; etc., patologías habituales en cualquier servicio de urgencias (neumonía, bronquitis, dolor abdominal, vómitos, estreñimiento, diarrea, trastornos cardiacos o vasculares, artrosis, dolor de espalda, infección urinaria, alteración de la glucemia, etc.) (8). Otra tipología atendida periódicamente fue la valoración

de errores de medicación 1,65% (583), la gran mayoría sin consecuencias, resueltos con un ajuste de la medicación y un periodo de observación, no requiriendo otro diagnóstico.

La participación en los ingresos, los reingresos procedentes del hospital general o en las altas programadas, indican la coordinación del servicio de atención médica continuada con los equipos terapéuticos de las distintas unidades asistenciales del Centro.

El número de defunciones es comparativamente menor que en centros de características similares (8, 9), con un total de 267 fallecimientos durante los turnos de guardia en los 10 años, con una media anual de 26,7. No obstante, es preciso señalar que el número total de defunciones de residentes del Centro en estos 10 años ha sido de 377, pero en este estudio solamente hemos analizando las defunciones ocurridas durante los turnos de guardia.

El 85,77% de los fallecimientos se produjeron en el área de Personas Mayores (10). Tiene una población con una edad media de 79,61 años; el 89,6% presentan trastornos psiquiátricos, el 83% neurológicos, el 80,7% cardiovasculares, el 67% enfermedades óseas, el 66,4% visuales y el 67,5% auditivas; el 77,4% toman más de 10 fármacos; el 69,9% presentan deterioro cognitivo; el 32,4% presentan un importante deterioro funcional, permaneciendo encamados y el 36,7% presentan movilidad reducida necesitando sillas de ruedas, andadores o bastones, etc. Es decir, se trata de una población con pluripatología, alto grado de fragilidad y nivel de dependencia elevado, que la convierten en vulnerable. La tasa de mortalidad recogida es baja para el perfil de la población atendida, teniendo también en cuenta que existe una unidad de cuidados paliativos, cuya actividad previa se ha po-

tenciado de forma progresiva en los últimos años con la apertura de la unidad de Altos Cuidados (UAC).

Para las derivaciones a Urgencias del hospital general hemos utilizado unos criterios no específicos para nuestra población, pero que parecen los más usados en los trabajos revisados (11,12). La derivación adecuada o pertinente al hospital general es aquella que cumple uno de los siguientes criterios: el paciente ingresó o estuvo en observación más de 24 horas (Criterio 1), precisó ser valorado por un especialista y/o requirió pruebas diagnósticas no disponibles en el Centro Sociosanitario (Criterio 2), necesitó tratamiento no disponible en el Centro (Criterio 3). El criterio que siempre se cumple es el 2 (8).

Se realiza la derivación a Urgencias del Hospital General en el 1,92% de todas las atenciones médicas urgentes realizadas. Una cifra baja comparada con otros trabajos.

Podemos hablar de la tasa de frecuentación a urgencias del centro = (número de visitas a urgencias/total de plazas del centro) \times 1000 (7). En el año 2010 sería un 2,95 por 1000 y el año 2016 un 7,74 por 1000, con una media anual en los 10 años de un 5,73 por 1000.

También podemos calcular la tasa de derivaciones = (número de derivaciones urgentes/total de plazas del centro) \times 100 (7). Con el resultado de 0,081 por 100 el año 2010 (con 50 derivaciones) y 0,13 por 100 el año 2014 (con 85 derivaciones). Con una media anual de los 10 años de 0,11% (67,9 derivaciones).

Por patologías, las derivadas son las habituales en los servicios de Urgencias: dolores osteomusculares, estreñimiento, problemas respiratorios, etc.

Se trata de realizar las derivaciones imprescindibles para solucionar problemas que

no pueden ser resueltos en el Centro o que comprometen la vida del paciente. Por otro lado, se contribuye a no colapsar las Urgencias del hospital general y al mejor funcionamiento del sistema sanitario local. La derivación a Urgencias, solamente cuando esté justificada, mejora la calidad de vida y se puede utilizar como indicador de calidad asistencial en personas mayores en el medio residencial (15).

Del área de personas mayores son el 40,35% del total de los residentes derivados al hospital general. Por las características antes señaladas es un resultado esperable, al tratarse de una población vulnerable, susceptible de recibir cuidados y asistencia sociosanitaria, y con una alta demanda de atención médica. Pero, por otro lado, un traslado a Urgencias no necesario puede resultar traumático y se debe valorar cuidadosamente esta decisión en las personas mayores, en ocasiones contrastándola con su familia, ya que puede contribuir a aumentar el deterioro funcional, siendo un marcador de mal pronóstico y uno de los mejores predictores de reingreso y mortalidad (16).

Existen trabajos orientados en la misma línea en residencias de personas mayores, con el objetivo de disminuir la tasa de frecuentación a urgencias y las tasas de ingresos hospitalarios, mediante una intervención específica realizada por unidades de Psicogeriatría que puede reducir el consumo sanitario y mejorar la calidad de vida y los cuidados de estos residentes cada vez más dependientes y complejos, suponiendo grandes beneficios (17,18).

Respecto a las caídas, sabemos que son muy frecuentes en la población mayor de 65 años y además que tienden a repetirse y a ocasionar muchos problemas de incapacidad y deterioro funcional. El año 2018 en el área de mayores, según otro estudio específico

sobre el tema que hemos realizando (10), se registraron 313 caídas en 259 residentes, de las cuales solo 7 personas fueron enviadas a Urgencias del hospital general y no hubo ninguna fractura. Comparando estos datos con otros existentes llegamos a la conclusión de que son indicadores buenos (8). En nuestros registros de atención médica urgente solo se recogen 30 caídas en 10 años, al ser valoradas y solucionadas por el personal de Enfermería, considerándose como urgencias solamente las que precisaron atención hospitalaria.

Destaca el dato de que el 32,84% de la población derivada al hospital general procede del área de Discapacidad Intelectual, pues en ella predominan residentes de edad elevada, con discapacidad intelectual de grado moderado o severo, con importante comorbilidad médica y psiquiátrica. Así, en un trabajo realizado en nuestro Centro (19), con un grupo de 80 residentes de este área, la edad media era de 50,01 años, el 38,8% eran de grado moderado y el 25% de grado severo; presentaban además epilepsia el 18,8%, esquizofrenia el 7,5%, trastorno bipolar el 1,3%, trastorno de personalidad el 3,8 % y otros problemas mentales el 15%. Además, son muy frecuentes las alteraciones de la conducta y episodios de agitación.

Estos datos son coincidentes en otros trabajos. Así (20), los datos encontrados en 111 personas con Discapacidad Intelectual (en adelante pDI) se compararon con los de la población general según la Encuesta Nacional de Salud 2006. Más del 22,5% presentaba epilepsia, mientras que en población general, esta cifra es sólo del 0,85%. Un 18,5% de la muestra presenta dolor bucal. Respecto al índice de masa corporal, la población de pDI muestra mayores porcentajes de infrapeso que la población general (7,8% frente a 1,76%) y duplica el porcentaje de

obesidad (33,3% frente a 15,56%). Los déficits sensoriales, como la dificultad para ver letra impresa (24,3%), la dificultad para ver objetos lejanos (38,9%), los problemas de audición (10,1%), los problemas de movilidad, la incapacidad para caminar (13,1%), los trastornos orgánicos (3,6%), los trastornos afectivos (8,4%) y los trastornos psicóticos (9,2%) están altamente presentes en esta población. El porcentaje de personas con enfermedades crónicas o graves está por debajo de la población general, excepto en el caso del estreñimiento crónico (25% frente a 7,3%). Las pDI tienen un mayor número de ingresos hospitalarios (20,2% frente a 8,94%), pero un menor número de derivaciones a urgencias (18,7% frente a 30,8%).

En un estudio de cohortes prospectivo (21) se realizó un seguimiento de unas 2.500 pDI a lo largo de 35 años, concluyendo que las principales causas de muerte en esta población eran los problemas cardíacos, las infecciones respiratorias y las neoplasias.

Otro estudio (22) en el que se recogieron las causas de mortalidad de una población de 700.000 personas durante un período de 12 años concluyó que las tasas de mortalidad en pDI triplicaban durante este período las tasas de mortalidad encontradas en la población general.

Por otro lado los problemas de comunicación, expresivos y comprensivos, que presentan algunas pDI pueden estar entre las causas que provocan las dificultades que tienen para quejarse, expresar síntomas, aportar datos y ser capaz de entender las opciones de tratamiento. Esta dificultad de comunicación dificulta las labores de exploración, de elaboración de la historia clínica, de transmisión y comprensión del tratamiento (20). Por ello, es imprescindible habilitar los apoyos necesarios para acudir acompañados a

las consultas y más aún a los servicios de urgencias, a ser posible con una persona de referencia que conozca el historial del residente. Existen pautas y protocolos específicos para distintas situaciones (23), para facilitar la comunicación, heteroevaluación e intervenciones con estas personas, dadas las peculiaridades señaladas.

Conclusiones

La atención médica continuada es un servicio transversal, fundamental para atender la salud de las personas residentes en un Centro Sociosanitario. Del análisis de la actividad de 10 años podemos resumir que se han atendido una media diaria de 9,66 personas, la mayor parte por patologías psiquiátricas y la mayoría en el área de Discapacidad Intelectual. Las derivaciones a Urgencias del hospital general, con una media de 67,9 al año, son sobre todo debidas a patologías somáticas, el 31,96% problemas osteomusculares, y son más frecuentes en personas mayores.

Tanto las derivaciones a servicios de Urgencias hospitalarios (el 1,92% del total) como el número de defunciones en el periodo de guardia (media de 26,7 al año), se pueden considerar bajas para el perfil de la población atendida y son indicadores de calidad asistencial.

Conflicto de intereses

Los autores no declaran ningún conflicto de interés.

Agradecimientos

A todo el personal de Enfermería de guardia y turno de noche, con quienes hemos compartido durante esta década la atención a los residentes de nuestro Centro.

Referencias bibliográficas

1. Principales datos del Sistema Nacional de Salud. Sistema de Información del SNS. Edición de abril 2020. Ministerio de Sanidad y Consumo.
2. Unidad de Urgencias Hospitalarias. Estándares y Recomendaciones. Informes, Estudios e Investigación 2010. Ministerio de Sanidad y Política Social. Gobierno de España.
3. OMS. "Planification et organisation des services médicaux d'urgence". Rapport sur la reunion d'un groupe technique de l'OMS. (Toulouse) 24-28 fevrier 1979.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. "Urgencias y Emergencias Sanitarias". 1991.
5. Las urgencias hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud: derechos y garantías de los pacientes. Defensor del Pueblo. Madrid, enero 2015.
6. Emergency care. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, véase <https://www.who.int/emergencycare/en/> (consultado el 02 de mayo de 2020) para encontrar enlaces a: Basic emergency care: approach to the acutely ill and injured – participant workshop; véase también OMS, International Society of Surgery and the International Association for the Surgery of Trauma and Surgical Intensive Care. Guidelines for essential trauma care; Prehospital trauma care systems. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42565>) y OMS, Strengthening care for the injured: success stories and lessons learned from around the world. Ginebra, Organización Mundial de la Salud 2010 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44361/9789241563963_eng.pdf;sequence=1).
7. Díaz-Gegúndez M, et al. Evaluación de un programa de intervención en residencias geriátricas para reducir la frecuentación hospitalaria. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2011;46(5):261-264.
8. Bermejo Higuera, et al. Derivaciones al servicio de urgencias del hospital en una población de ancianos residentes: Estudio retrospectivo sobre sus causas y adecuación. Gerokomos 2010; 21 (3): 114-117.
9. Tobaruela JL, Ribera JM. Residencias: perfil del usuario e impacto del ingreso. Universidad Complutense de Madrid (España), 2003. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=17526>.
10. González-Pablos E, Hoyos-Villagrà G, Herreros-Guilarte I, Valles de la Calle JM, Subirá FJ, Miguel-de Diego N, Martín-Lorenzo C. Estudio de las caídas en un área residencial de personas mayores de un Centro Sociosanitario. Parte 1: Características de las Personas Mayores. Revista Informaciones Psiquiátricas. Pendiente de publicación.
11. Alonso M, et al. Utilización de un Servicio de Urgencias hospitalario. Rev San Hig Pub 1993; 67: 3945.
12. Bouzas E, et al. Adecuación de las

- derivaciones desde Atención Primaria al Servicio de Urgencias hospitalario en el Área 9 de Madrid. *Emergencias* 2005; 17 (5): 215-9.
13. Jarrod M., et al. "La densidad horaria de pacientes acumulados como indicador de saturación en urgencias". *Emergencias (Madrid)*. 2006; 18: 215-218.
 14. Aranaz Andrés JM, et al. Adecuación de la demanda de atención sanitaria en servicios de urgencias hospitalarios. *MedClin (Barc)*. 2004;123:615-8.24.
 15. Menec VH, et al. Hospitalizations at the End of Life Among Long-Term Care Residents. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2009; 64 A (3): 395-402.
 16. Rosenberg AL, Watts C. Patients readmitted to ICUs. A systematic review of risk factors and outcomes. *Chest* 2000; 118: 492-502.
 17. Díaz-Gegúndez M, et al. Evaluación de un programa de intervención en residencias geriátricas para reducir la frecuentación hospitalaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011;46(5):261.
 18. Sicras-Maimar A, et al. Eficacia de una intervención en la adecuación del uso de medicamentos en centros residenciales geriátricos. Resultados a los 3 años de implantación. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2007;42:5-15.
 19. González-Pablos E, López-Villalobos JA, Valles de la Calle JM, Paulino-Matos P, García Sánchez FG, Miguel de Diego N, Esquer-Terrazas I, Martín-Lorenzo C. Hiperprolactinemia inducida por psicofármacos en personas con discapacidad intelectual ingresadas en un centro residencial. *Informaciones Psiquiátricas* 2019;236:29-47.
 20. Martínez-Leal R. et al. La salud en personas con discapacidad intelectual en España: estudio europeo POMONA-II. *Rev Neurol*. 2011 October 1; 53(7): 406-414.
 21. Patja K, Molsa P, Iivanainen M. Cause-specific mortality of people with intellectual disability in a population-based, 35-year follow-up study. *J Intellect Disabil Res*. 2001; 45:30-40. [PubMed: 11168774]
 22. Tyrer F, Smith LK, McGrother CW. Mortality in adults with moderate to profound intellectual disability: a population-based study. *J Intellect Disabil Res*. 2007; 51:520-7. [PubMed: 17537165]
 23. PDITC. Protocolos de intervención con personas con discapacidad intelectual y Trastornos graves del comportamiento. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía. Sevilla 2009.

Tablas de estadística

Durante el periodo de estudio de la actividad en las guardias médicas (2010-2019) se han realizado un total de 35.282 atenciones de urgencia.

Número total de intervenciones:	35.282
----------------------------------------	---------------

Tabla 1. Intervenciones médicas urgentes por patologías

	%	Suma total
Patología Psiquiátrica	44,78%	15.800
Respiratorio	8,83%	3.117
Digestivo	7,91%	2.792
Osteo-Muscular	7,56%	2.669
Patología Neurológica	6,43%	2.267
Alteraciones de la termoregulación	4,91%	1.732
Cardiovascular	3,47%	1.225
Endocrino-Metabolismo	3,13%	1.106
Genito-Urinario	2,81%	992
Dermatología	2,77%	979
Error Administración medicación	1,65%	583
Reingreso	1,64%	579
�rganos de los sentidos	1,28%	452
Defunción	0,76%	267
Ingresos nuevos	0,55%	194
Alta Hospitalaria	0,41%	145
Patología Tumoral	0,40%	142
Sangre y �rganos Hematopoyéticos	0,34%	119
Otros	0,22%	79
Caídas sin consecuencias	0,09%	30
Reacción Alérgica	0,03%	12
Fuga	0,00%	1

Intervenciones por patología

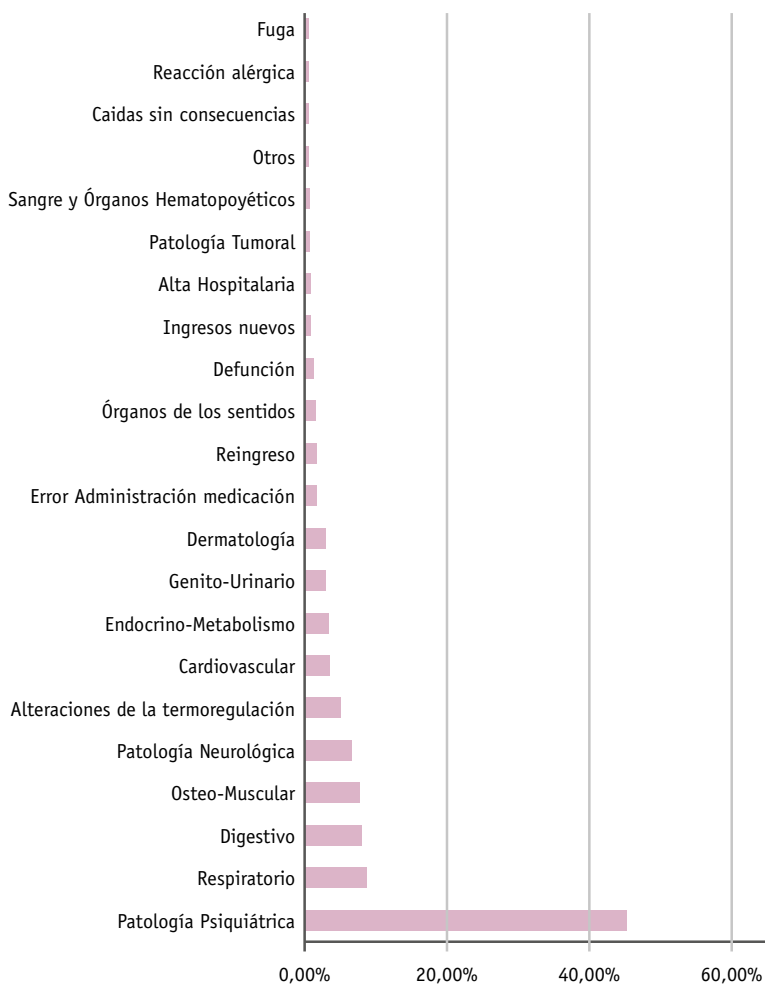


Tabla 2. Intervenciones médicas urgentes por año

	%	Suma total
2010	5,15%	1.816
2011	6,45%	2.277
2012	8,13%	2.869
2013	9,97%	3.518
2014	11,46%	4.045
2015	12,97%	4.575
2016	13,51%	4.766
2017	11,32%	3.993
2018	10,75%	3.792
2019	10,29%	3.631

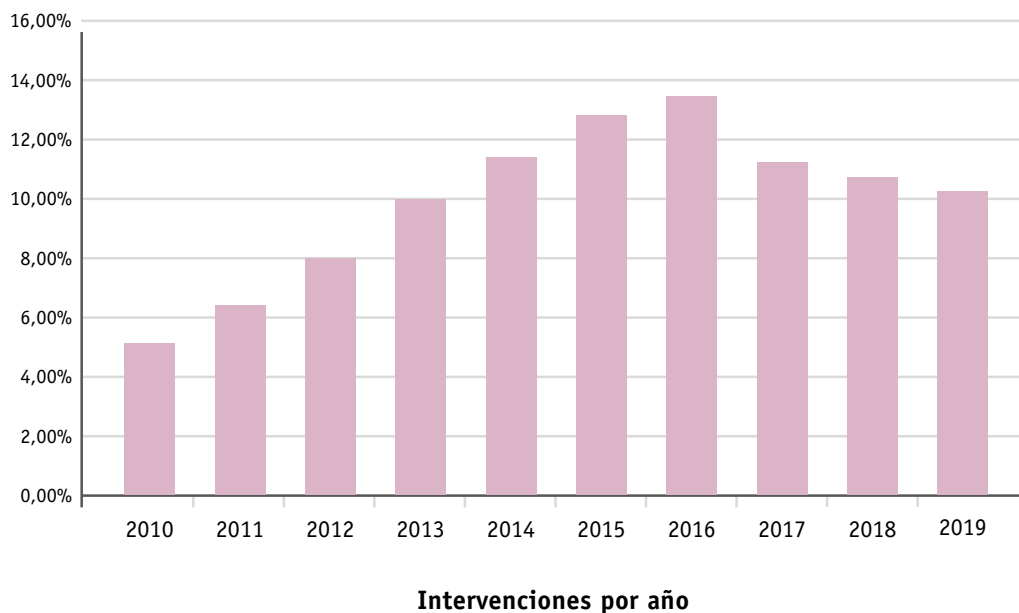
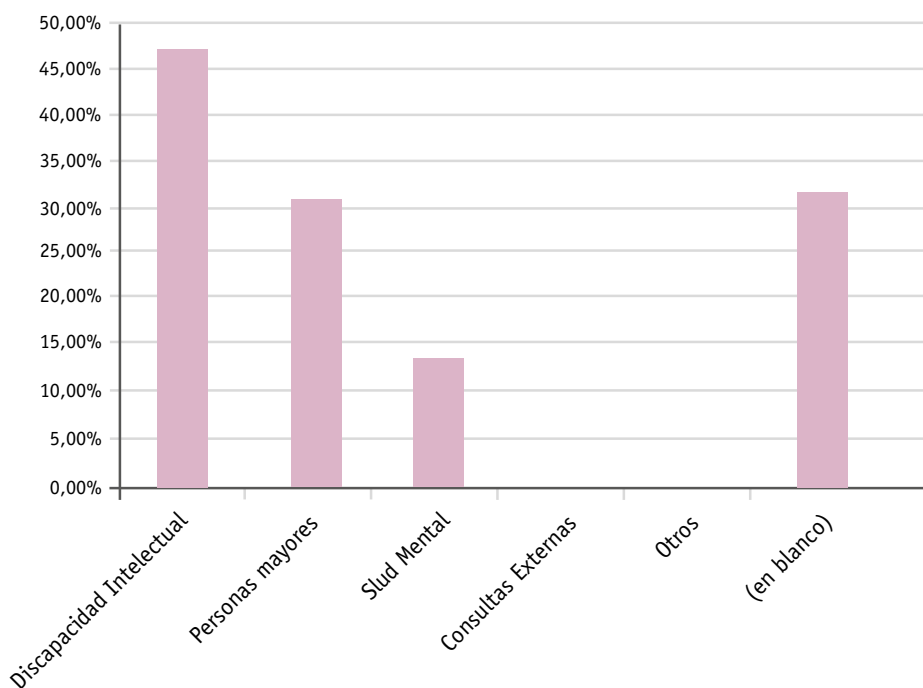


Tabla 3. Intervenciones médicas urgentes por área

	%	Suma total
Discapacidad intelectual	47,16%	16.640
Personas mayores	31,27%	11.031
Salud mental	15,01%	5.297
Consultas Externas	0,07%	24
Otros	0,17%	60
(en blanco)	6,32%	2.230



Distribución intervención por área

Tabla 4. Defunciones durante las guardias por  rea

	%	Suma total
Personas mayores	85,77%	229
Salud mental	4,49%	12
Discapacidad intelectual	3,00%	8
(en blanco)	6,74%	18

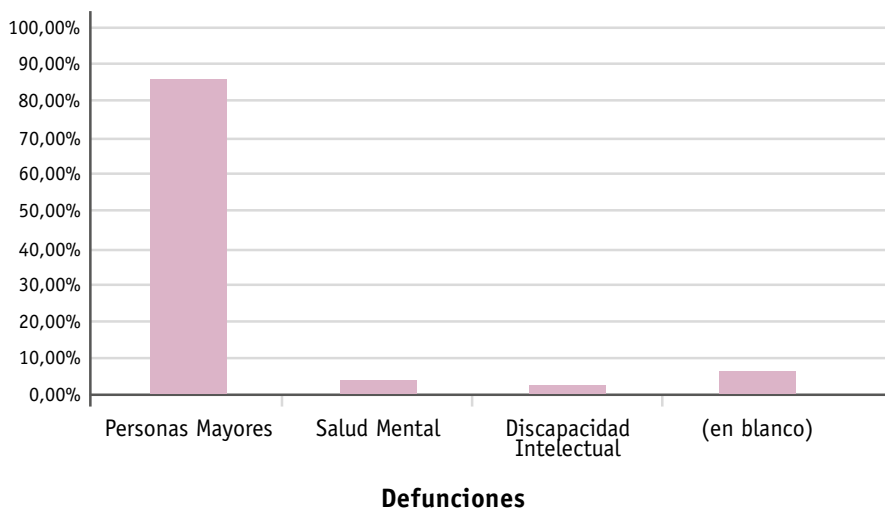
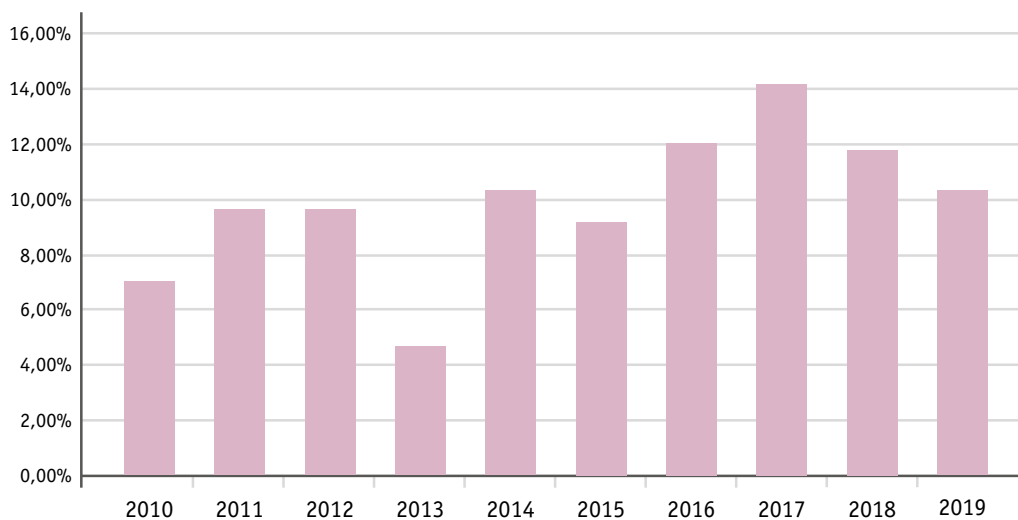


Tabla 5. Defunciones durante las guardias por año

	%	Suma total
2010	7,12%	19
2011	9,74%	26
2012	9,74%	26
2013	4,87%	13
2014	10,49%	28
2015	9,36%	25
2016	11,99%	32
2017	14,23%	38
2018	11,99%	32
2019	10,49%	28



Distribución de defunciones

Tabla 6. Derivaciones al hospital general por tipo de patología

	%	Suma total
Osteo-Muscular	31,96%	217
Digestivo	19,15%	130
Respiratorio	13,99%	95
Patología Neurológica	12,52%	85
Cardiovascular	8,10%	55
Genito-Urinario	5,01%	34
Patología Psiquiátrica	3,24%	22
Alteraciones de la termoregulación	1,62%	11
Dermatología	1,33%	9
Sangre y Órganos Hematopoyéticos	1,18%	8
Patología Tumoral	0,88%	6
Endocrino-Metabolismo	0,59%	4
Órganos de los sentidos	0,44%	3

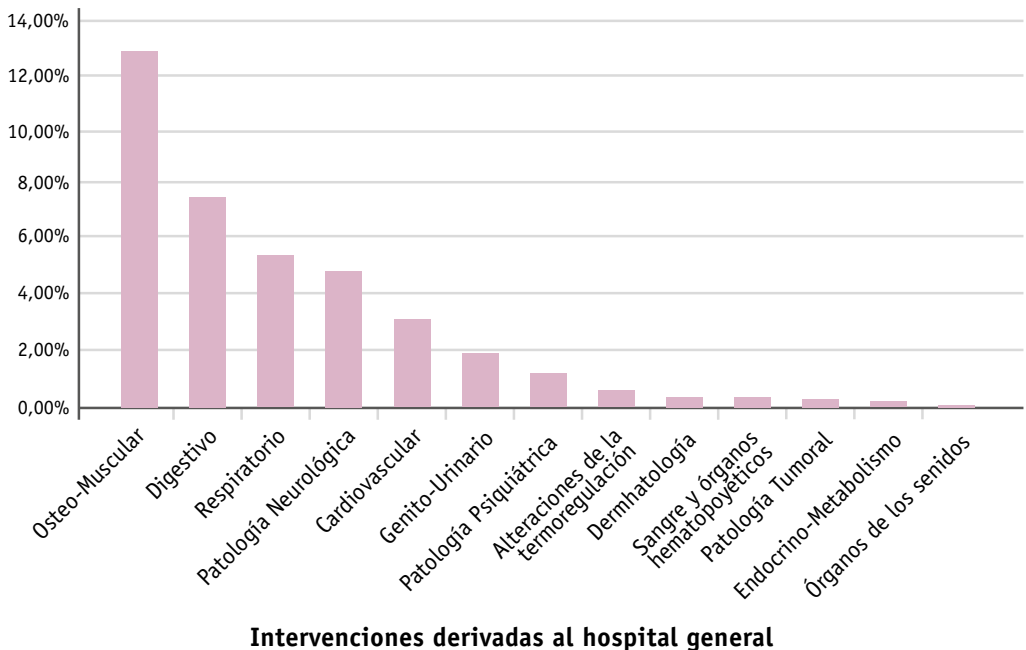
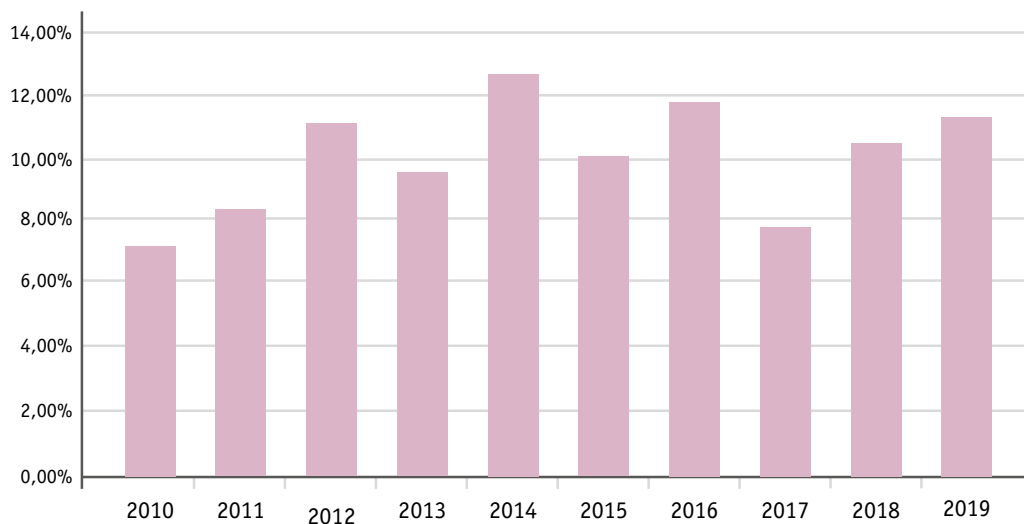


Tabla 7. Derivaciones al hospital general por año

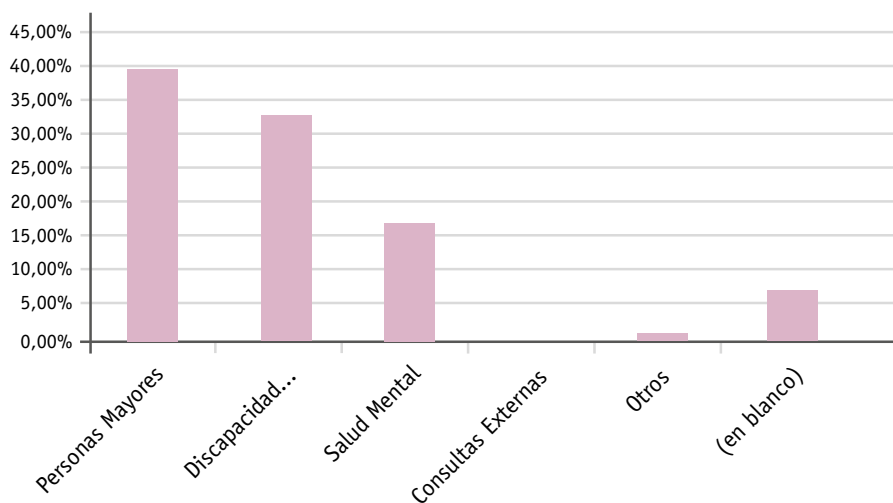
	%	Suma total
2010	7,36%	50
2011	8,25%	56
2012	11,05%	75
2013	9,57%	65
2014	12,52%	85
2015	10,01%	68
2016	11,78%	80
2017	7,81%	53
2018	10,31%	70
2019	11,34%	77



Distribución intervenciones derivadas al hospital por año

Tabla 8. Derivaciones al hospital general por área

	%	Suma total
Personas mayores	40,35%	274
Discapacidad intelectual	32,84%	223
Salud mental	17,08%	116
Consultas Externas	0,15%	1
Otros	1,91%	13
(en blanco)	7,66%	52



Distribución intervenciones derivadas al hospital por área