

L'ATENCIÓ
SOCIOSANITÀRIA A MALLORCA

L'atenció socio sanitària a Mallorca

Enrique Campos Alcaide
Catalina Andreu Mestre

Resum

És conegut l'envelliment de la població en els països desenvolupats i Espanya és, amb un 17% de persones més grans de seixanta-cinc anys, un dels països més envellits del món. A aquesta realitat no és aliena la comunitat autònoma de les Illes Balears. Això ocasiona un augment de la prevalença de malalties cròniques, comorbiditat, dependència i augment del consum de recursos socials i sanitaris. En el present capítol, analitzam l'atenció sociosanitària a Mallorca, que essencialment és duta a terme per l'Hospital General i i l'Hospital Joan March (GESMA), amb les seves diferents línies d'actuació. Es veu que els grans hospitals d'aguts de Mallorca (Hospital Universitari de Son Dureta i Fundació Hospital Son Llàtzer) són els principals proveïdors de pacients i que el domicili és la destinació més freqüent a l'alta. Igualment, si bé els hospitals de caràcter sociosanitari estan oberts a pacients de totes les edats, el 72,1 % són persones grans, amb un lleuger predomini de dones. Crida l'atenció el baix nombre de pacients que des de l'àmbit sociosanitari són donats d'alta a una residència, fet que demostra una greu interrupció del circuit de transferència de pacients i la poca coordinació entre els serveis sociosanitaris i els serveis socials.

Resumen

Es conocido el envejecimiento de la población en los países desarrollados, siendo España, con un 17% de mayores de 65 años, uno de los países más envejecidos del mundo. La comunidad autónoma de las Illes Balears no es ajena a esta realidad. Ello ocasiona un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas, de la comorbilidad y la dependencia y un aumento del consumo de recursos sociales y sanitarios. En el presente capítulo analizamos la Atención Sociosanitaria en Mallorca, que esencialmente es llevada a cabo por el Hospital General y el Hospital Joan March, gestionados por GESMA (Gestió Sanitària de Mallorca), con sus diferentes líneas de actuación. Los datos muestran que son los grandes Hospitales de Agudos de Mallorca (Hospital Universitario de Son Dureta y Fundación Hospital Son Llàtzer) los principales proveedores de pacientes, y el domicilio el destino más frecuente al alta. Se ve asimismo como, a pesar de que los hospitales sociosanitarios están abiertos a pacientes de todas las edades, el 72,1 % son personas mayores, con un ligero predominio de mujeres. Llama la atención el escaso número de pacientes que desde el ámbito sociosanitario son dados de alta a una residencia, lo que denota una grave interrupción del circuito de transferencia de pacientes y la escasa coordinación entre los servicios sociosanitarios y los servicios sociales.

1. Introducció

Els pacients amb malalties cròniques, amb comorbiditat i en situació de malaltia terminal sovint presenten limitació funcional, tant en activitats bàsiques de la vida diària (ABVD) com en activitats instrumentals de la vida diària (AIVD) i, per tant, necessitat d'ajuda. És el que coneixem com a dependència, la prevenció i atenció de la qual necessita un model assistencial que complementi de manera efectiva el tradicional model sanitari, molt centrat en el diagnòstic i la curació dels problemes de salut quan aquests es presenten, però poc atent a altres necessitats importants perquè les persones dependents (de manera temporal o permanent) i els pacients amb malaltia terminal rebin una atenció adequada i l'opció de viure amb dignitat i oportunitats.

Es tracta d'un model basat en l'atenció integral (interdisciplinari), en l'establiment de nivells assistencials i en una valoració global que analitza les necessitats de cada pacient, en funció de les quals el sistema ha d'oferir una determinada resposta en el nivell adequat.

Aquesta cartera de serveis és el que en la majoria dels llocs i administracions on s'ha implantat es coneix com a *model d'atenció sociosanitària*. Es tracta d'una cartera de serveis amb un fort component sanitari, encara que no exclusiu, dirigida sobretot a discapacitats de qualsevol edat però, sobretot, com s'ha assenyalat ja, a persones grans fràgils, amb pluripatologia, amb gran risc de dependència, a persones grans dependents de manera transitòria o permanent i a pacients amb malaltia terminal. Són diferents i sovint canviant les necessitats que presenten els pacients al llarg del temps. Hi ha malalties agudes que es resolen de manera relativament senzilla o bé més complexa a través de l'atenció hospitalària i especialitzada o a través dels recursos propis de l'atenció primària de salut (AP). De la mateixa manera, hi ha situacions de precarietat social que només necessiten una resposta social determinada (solitud, mitjans econòmics, habitatge...). Tanmateix, en molts altres casos, els problemes sanitaris i socials interaccionen entre si i ocasionen l'existència de molts pacients amb necessitats diferents no cobertes pel sistema sanitari tradicional, com són la prevenció de la dependència en ancians fràgils, la convalsència i rehabilitació, les cures de llarga durada i l'atenció a la dependència, les cures i atenció domiciliàries, les cures pal·liatives... i és allà on els dispositius d'atenció sociosanitària adquireixen rellevància i interès. El model d'atenció sociosanitària organitza la resposta del sistema en funció de les necessitats de l'usuari:

- Atenció aguda
- Atenció subaguda
- Atenció de llarga durada
- Atenció domiciliària
- Salut mental

A Mallorca, l'atenció sociosanitària es duu a terme per Gestió Sanitària de Mallorca (GESMA), una entitat de caràcter públic integrada al Servei de Salut de les Illes Balears i dependent de la Conselleria de Salut i Consum del Govern de les Illes Balears. El perfil assistencial de GESMA és de caràcter sociosanitari hospitalari. Per això, disposa d'hospitals de caràcter estrictament sociosanitari (Hospital General i Hospital Joan March), amb aproximadament dos-cents llits, on és tracten específicament línies o programes adequats per a l'atenció d'aquests tipus de malalts. Malgrat que el model sociosanitari, en la seva activitat assistencial, admet pacients adults de qualsevol edat, són les persones grans les que consumeixen un percentatge molt alt de les estades hospitalàries i a aquestes persones està dedicada la majoria de l'activitat assistencial del model sociosanitari.

A continuació es resumeix la cartera de serveis dels centres assistencials de GESMA en les diferents àrees; a l'apartat següent explicarem les característiques de les diferents línies d'actuació sociosanitària.

GESMA: centres assistencials/cartera de serveis

• ÀREA SOCIOSANITÀRIA

HOSPITAL GENERAL

HOSPITALITZACIÓ

Programa de pal·liatiu

Programa d'ictus

Programa d'ortogeriatria

Programa de pluripatològics

LÍNIES AMBULATÒRIES

Hospital de dia

Rehabilitació

DISPOSITIUS EXTERNES

Unitat de Valoració Sociosanitària (UVASS)

HOSPITAL JOAN MARCH

HOSPITALITZACIÓ

Programa de pal·liatiu

Programa de pluripatològics

Programa de respiratori

Programa d'ortogeriatria

Unitat de desintoxicació alcohòlica

LÍNIES AMBULATÒRIES

Rehabilitació

DISPOSITIUS EXTERNES

UVASS

- **ÀREA DE SALUT MENTAL**

- HOSPITALITZACIÓ

- Unitat de llarga estada

- Unitat de mitjana estada

- Psicogeriatric

- Residència mixta

- ITES (Unitat tractament especial)

- Unitat d'hospitalització subaguts

- ALTRES ÀREES

- Club social/tallers ocupacionals

- ATENCIÓN RESIDENCIAL COMUNITÀRIA

- Miniresidències

- Pisos tutelats supervisats

- UNITATS COMUNITÀRIES DE REHABILITACIÓ

- **ALTRES ÀREES**

- ESTOMATOLOGIA

- LABORATORI

- RADIOLOGIA

- HOSPITAL DE DIA

- INTERCONSULTES CARDIOLOGIA, UROLOGIA I OFTALMOLOGIA

2. Línies d'actuació sociosanitària

En aquest apartat, es descriuen les principals característiques de les línies i els programes d'actuació en els hospitals sociosanitaris de GESMA, a partir de la informació disponible a la seva pàgina web: <<http://www.gesma.org>>.

Arribats a aquest punt, cal remarcar que la inclusió de l'activitat assistencial de GESMA en un Anuari de l'Envel·liment es deu al fet que la majoria de l'activitat assistencial que duu a terme es refereix al segment de població de persones grans.

2.1. Programa integral d'atenció al pacient pluripatològic

Es tracta d'un programa per oferir una atenció integral i continuada als malats crònics avançats, especialment orientada al diagnòstic, al tractament, a les cures i a la reeducació funcional després d'una descompensació, així com a proporcionar tractament de confort al final de la vida.

La prevalença de pacients pluripatològics (PPL) arriba a situar-se entre el 21 i el 72% dels pacients atesos en els serveis de medicina interna, amb una mitjana d'edat entorn dels

setanta anys. A l'atenció primària constitueixen aproximadament el 5% de la població usuària dels centres de salut, però amb un consum de recursos (freqüentació, visites domiciliàries, proves complementàries i farmàcia) que arriba a quadruplicar el terme mitjà per pacient i un grau de complexitat clínica que requereix múltiples contactes amb el mitjà hospitalari.

El terme pacient PPL s'utilitza assíduament per referir-nos a ancians fràgils, malalts polimedicats, pacients amb múltiples ingressos en els hospitals i freqüents consultes als serveis d'urgència i, encara que no és sinònim de cap d'aquests conceptes, constitueix el nucli essencial de cadascuna d'aquestes realitats. Fins fa poc no existia una definició de pacient PPL, encara que, quan parlem de pluripatologia, no ens referim solament a la presència de més d'una malaltia, sinó que pensam en un pacient amb una especial fragilitat clínica, per la concurrència de determinats processos. Així, és fàcil reconèixer com a característiques d'aquests pacients la presència de:

- Dues o més malalties cròniques en fase avançada de diferents categories clíniques; les més prevalents i rellevants són: insuficiència cardíaca, malaltia pulmonar obstructiva crònica (EPOC), insuficiència renal, diabetis, vasculopatia perifèrica, hepatopatia crònica, malalties neurodegeneratives.
- Amb deterioració funcional o gran risc de sofrir-ne.
- Situacions clinicofuncionals i necessitats de cures que el sistema tradicional més centrat en pacients aguts no és capaç d'abordar i satisfer.
- Repercussió social.

2.2. Unitats d'ictus

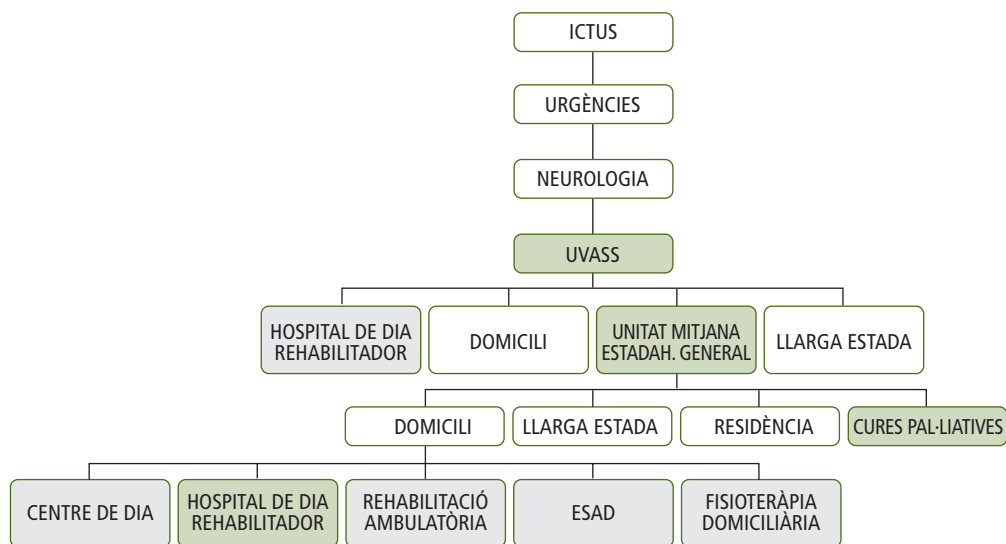
Les unitats d'ictus tenen com a objectius:

- Adequar els mitjans hospitalaris a les necessitats específiques del malalt que ha sofert un ictus i ha passat la fase aguda.
- Evitar l'aplicació d'intervencions i de recursos excessius i evitar la discriminació per criteris d'edat.
- Fomentar una actitud positiva de tot el personal sanitari per afavorir que les persones que han tingut un ictus rebin assistència adequada i específica.
- Limitar l'ús de l'hospital a l'estrictament necessari i evitar la prolongació de les estades.

Cal sempre prioritzar dos aspectes: el primer, posar els mitjans necessaris per aconseguir la màxima independència funcional del malalt i el segon, intentar que el màxim nombre possible de malalts torni al seu medi habitual, normalment a domicili. Per això s'ha d'insistir en una adequada coordinació de recursos, tant socials como sanitaris.

Circuit d'accés a la unitat

Una vegada superada la fase aguda de l'íctus, si el malalt no ha de continuar amb proves diagnòstiques i tractament, la Unitat de Valoració Sociosanitària (UVASS) ha de decidir si pot beneficiar-se de ser traslladat a la Unitat de Mitjana Estada-Ictus.



2.3. Programa d'ortogeriatria

Les funcions de les unitats ortogeriàtriques es poden resumir en les següents:

- Control del dolor.
- Reeduació específica a la marxa.
- Reeduació de les ABVD i de les AIVD.
- Prevenció de les complicacions de les intervencions quirúrgiques.
- Tractament de les malalties concomitants i de les complicacions immediates.
- Elaboració de guies d'actuació per part de tot l'equip.
- Educació dels cuidadors i prevenció del seu esgotament.

- Educació sanitària del malalt sobre temes relacionats amb les seves patologies i facilitació de l'adaptació a la nova situació.
- Suport social: proporcionar informació sobre ajudes socials a l'àmbit comunitari que potencïïn la reinserció familiar; evitar la institucionalització i ajudar a adaptar la llar del pacient segons les seves noves necessitats.
- Coordinació amb els altres professionals de l'hospital i dels centres de procedència, especialment amb traumatologia, fisioteràpia i rehabilitació.
- Coordinació amb els equips domiciliaris (ESAD) i centres d'atenció primària.
- Registres d'indicadors.
- Docència a l'hospital i als altres centres (AP, hospitals d'aguts, associacions científiques...).
- Treballs de recerca.
- Publicacions.

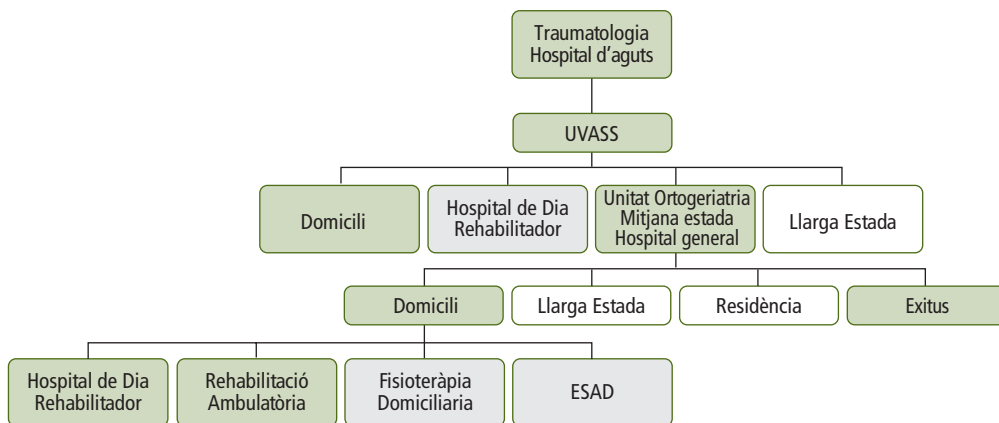
Patologies tributàries d'ingrés a la unitat d'ortogeriatria

Els malalts tributaris d'ingrés a la unitat d'ortogeriatria seran derivats dels hospitals d'aguts, diagnosticats, avaluats i tractats per les unitats de traumatologia, passada la fase aguda postintervenció, estables de les patologies prèvies i que no necessitin proves diagnòstiques o terapèutiques pròpies de la fase aguda. Si es decideix tractament ortopèdic (fractures vertebrals, costals, etc...), constarà a l'informe el pla traumatològic a seguir.

Les patologies d'ingrés més freqüents a la unitat ortogeriàtrica són les següents:

- Fractura de maluc operada, que seran més del 70% dels ingressats.
- Fractures periprotèsiques
- Pròtesis amb altres complicacions postquirúrgiques (infecció).
- Pròtesis de genoll.
- Fractures vertebrals.
- Fractures de pelvis.
- Politraumatismes en fase de convallescència-rehabilitació.
- Lumbàlgies.
- Altres fractures (tibia-peroné, supracondílica de fèmur...), en general complexes.
- Síndromes d'immobilitat de causes diverses.
- Amputacions dels membres inferiors (MMII).

Circuit d'accés a la unitat



2.4. Cures pal·liatives

La unitat té com a objectius i principis bàsics:

1. *L'atenció integral* de totes les dimensions personals del pacient i, al mateix temps, de manera individualitzada i continuada, de les persones malaltes en situació avançada i terminal.
2. *El malalt i la seva família són considerats com a unitat a tractar.* La família és coprotagonista. Se li ha de donar suport i integrar-la en el procés de cura. El seu paper és fonamental en l'atenció pal·liativa. És necessari ajudar-los a acceptar i a superar els fets; se'ls ofereix suport psicològic, s'avaluen les necessitats socials i es mobilitzen els recursos disponibles amb celeritat.
3. *Hi ha una concepció activa, viva i rehabilitadora de la terapèutica.*

Sempre és possible una actuació efectiva per part dels sanitaris, com a oposició a l'actitud de «ja no hi ha res a fer». El model es caracteritza per: «sempre es poden fer coses» i moltes de vegades aquestes coses són de les més importants que viuran el pacient i la família en tot el procés.

4. *Els objectius són el confort i la qualitat de vida.* Els assolirem amb els instruments terapèutics de les CP, que són: el control dels símptomes, la informació i la comunicació amb el pacient i la família, l'equip i els canvis organitzatius.
5. *Es cerca la dignitat i autonomia del malalt.* El pacient és el principal protagonista, la seva autonomia i capacitat de decisió han de ser estrictament respectades.

6. *La mort és part de la vida*, és un fet natural que segueix un procés que, encara que és diferent per a cada persona, té uns trets comuns que han de ser coneguts per poder donar l'atenció i el suport necessaris tant al pacient com a la família, per ajudar a transformar l'experiència d'aquest procés, amb l'objectiu de treure al màxim el patiment i promoure l'experiència de confort, la calidesa, la confiança i el coratge. Es tracta de fer-ne una oportunitat per tancar bé el procés d'haver viscut i de maduració i creixement personal per a tots els que hi participen. La mort no pot ser vista mai com un fracàs; l'únic fracàs atribuïble a l'equip sanitari seria el patiment evitable del pacient, que no s'ha controlat.
7. *Els valors* que donen suport a tota l'actuació en cures pal·liatives són els de la bioètica i, per tant, en l'atenció pal·liativa, les actuacions s'han d'ajustar als principis de bioètica (beneficència, no maleficència, autonomia i justícia), en una mesura més gran, si és possible, que en l'atenció curativa.
8. *L'equip multidisciplinar*. Les eines que permeten aplicar el model són: el treball de manera coordinada, amb l'objectiu d'alleujar el patiment, i els canvis organitzatius a les unitats, que permeten l'adaptació a les necessitats de pacients i familiars.

2.5. Programa d'atenció continuada a malalts respiratoris crònics avançats

Es tracta d'un programa destinat a malalts respiratoris crònics avançats, amb alta dependència i freqüentació dels serveis sanitaris, que compleixin un o més dels punts següents:

- Que hagin necessitat dos o més ingressos hospitalaris el darrer any.
- Amb insuficiència respiratòria crònica i oxigenoteràpia domiciliària o que necessitin qualsevol altra tecnologia sanitària: ventilació no invasiva, aerosolteràpia...
- En els que predomini la dispnea tot i fer el tractament convencional.
- Que necessitin tècniques de fisioteràpia especials o individualitzades.
- Estadis terminals de la malaltia. Atenció pal·liativa.

2.6. Unitat de patologia relacionada amb l'alcohol

La unitat està ubicada a l'Hospital Joan March i es dedica al control i seguiment de malalts amb addicció a l'alcohol en règim d'hospitalització i consultes externes.

3. Dades sobre l'activitat assistencial a Gesma

3.1. Activitat assistencial a l'hospital general any 2008

Disposam de dades relacionades amb les diferents línies d'actuació, com són el programa integral d'atenció al pacient pluripatològic, ortogeriatria, ictus i cures pal·liatives.

3.1.1. Programa integral d'atenció al pacient pluripatològic

L'Hospital General disposa de vint-i-nou llits destinats a aquest programa. Al llarg de l'any 2008 s'han produït un total de 412 ingressos i 413 altes, amb un total de 10.672 estades.

PLURIPATOLÒGICS	
LLITS	29
ESTADES	10672
INGRESSOS	412
ALTES	413

La procedència dels pacients és variada i l'Hospital Universitari de Son Dureta és el centre del qual provenen la majoria dels malalts, un total de 223, seguit de la Fundació Hospital Son Llätzer, que aporta durant 2008 un total de 137 pacients.

ORIGEN DEL PACIENT	
PROGRAMES	40
SON DURETA	223
SON LLÄTZER	137
ESAD	2
MANACOR	1
INCA	7
ALTRES	2

Una vegada finalitzada l'estada hospitalària, un total de 290 pacients són donats d'alta al seu domicili. S'han produït 107 defuncions. Crida l'atenció el fet que solament un pacient d'aquest programa ingressa en una residència per a persones grans.

DESTÍ DEL PACIENT	
DOMICILI	290
RESIDÈNCIES	1
SON DURETA	20
SON LLÄTZER	3
CREU ROJA	3

SANT JOAN DE DÉU	1
ALTRES	1
ÈXITUS	107

3.1.2. Unitats d'ictus

La unitat d'ictus disposa d'onze llits i ha registrat durant l'any 2008 un total de 3.695 estades, amb un total de 104 ingressos i 106 altes.

ICTUS	
LLITS	11
ESTADES	3695
INGRESSOS	104
ALTES	106

La majoria dels pacients procedeix de l'Hospital Universitari de Son Dureta (67 pacients), seguit de la Fundació Hospital Son Llàtzer.

ORIGEN DEL PACIENT	
PROGRAMES	5
SON DURETA	67
SON LLÀTZER	19
ESAD	—
MANACOR	—
INCA	10
ALTRES	3

Finalment, quant a la destinació dels pacients, la majoria torna al domicili, tot i que s'han produït 17 defuncions. Cap pacient atès en el programa ha ingressat a cap residència.

DESTÍ DEL PACIENT	
DOMICILI	83
RESIDÈNCIES	—
SON DURETA	3
SON LLÀTZER	—
CREU ROJA	—
SANT JOAN DE DÉU	3
ALTRES	—
ÈXITUS	17

3.1.3. Programa d'ortogeriatria

La unitat disposa de deu llits i s'han registrat en total 3.442 estades, amb 90 ingressos i 88 altes.

ORTOGERIATRIA	
LLITS	10
ESTADES	3442
INGRESSOS	90
ALTES	88

Els pacients provenen majoritàriament de Son Dureta (46) i de la Fundació Hospital Son Llätzer.

ORIGEN DEL PACIENT	
PROGRAMES	9
SON DURETA	46
SON LLÄTZER	29
ESAD	1
MANACOR	—
INCA	2
ALTRES	3

Pel que fa a la destinació una vegada es produeix l'alta, torna a ser el domicili la destinació més habitual; s'han produït 10 defuncions i novament solament un pacient va tenir la residència com a destinació a l'alta.

DESTÍ DEL PACIENT	
DOMICILI	69
RESIDÈNCIES	1
SON DURETA	4
SON LLÄTZER	1
CREU ROJA	—
SANT JOAN DE DÉU	1
ALTRES	1
ÈXITUS	10

3.1.4. Cures paliatives

La unitat disposa de dinou llits. En total s'han produït 5.682 estades, amb un total de 490 ingressos i 483 altes.

CURES PAL·LIATIVES	
LLITS	19
ESTADES	5682
INGRESSOS	490
ALTES	483

L'origen dels pacients varia en aquest cas i és de l'ESAD, el programa d'atenció domiciliària, d'on provenen la majoria de pacients (218), seguit de l'Hospital Universitari de Son Dureta (131) i la Fundació Hospital Son Llätzer.

ORIGEN DEL PACIENT	
PROGRAMES	24
SON DURETA	131
SON LLÀTZER	88
ESAD	218
MANACOR	—
INCA	15
ALTRES	14

La destinació a l'alta dels pacients ha estat en menys ocasions que en programes anteriors el domicili (sobretot pacients que han ingressat per a control de símptomes), ja que en aquest programa, destinat sobretot a pacients amb malaltia terminal generalment oncològica, es produeixen més defuncions (299 en total). En un sol cas es va produir l'ingrés del pacient en una residència.

DESTÍ DEL PACIENT	
DOMICILI	164
RESIDÈNCIES	1
SON DURETA	1
SON LLÀTZER	4
CREU ROJA	3
SANT JOAN DE DÉU	6
ALTRES	5
ÈXITUS	299

3.2. Activitat assistencial a l'Hospital Joan March. Any 2008

Disposam de dades relacionades amb les diferents línies d'actuació, com són el programa integral d'atenció al pacient pluripatològic, respiratori, ortogeriatrics, cures pal·liatives i unitat de deshabitació de l'alcohol.

3.2.1. Programa integral d'atenció al pacient pluripatològic

L'Hospital Joan March disposa de vint-i-sis llits en aquesta unitat. En total s'han produït 8.351 estades, amb 233 ingressos i 213 altes.

PLURIPATOLÒGICS	
LLITS	26
ESTADES	8351
INGRESSOS	233
ALTES	213

Quant a la procedència dels pacients, 133 procedeixen de l'Hospital Universitari de Son Dureta i 79 de la Fundació Hospital Son Llätzer.

ORIGEN DEL PACIENT	
PROGRAMES	1
SON DURETA	133
SON LLÄTZER	79
ESAD	—
MANACOR	—
INCA	9
ALTRES	11

La destinació a l'alta, igual que ocorre en aquesta mateixa línia a l'Hospital General, és el domicili del pacient (135); s'han produït 52 defuncions. Dos pacients varen ingressar en una residència.

DESTÍ DEL PACIENT	
DOMICILI	135
RESIDÈNCIES	2
SON DURETA	9
SON LLÄTZER	3
CREU ROJA	1
SANT JOAN DE DÉU	4
ALTRES	7
ÈXITUS	52

3.2.2. Programa de malalts respiratoris crònics avançats

La unitat disposa de vint-i-quatre llits. S'han produït 6.983 estades, amb un total de 223 ingressos i 219 altes.

RESPIRATORI	
LLITS	24
ESTADES	6983
INGRESSOS	223
ALTES	219

Els pacients procedeixen majoritàriament de l'Hospital Universitari de Son Dureta (135) i de la Fundació Hospital Son Llàtzer (78).

ORIGEN DEL PACIENT	
PROGRAMES	—
SON DURETA	135
SON LLÀTZER	78
ESAD	—
MANACOR	1
INCA	3
ALTRES	6

La destinació a l'alta més comuna és el domicili del pacient (174 pacients). S'han produït 17 defuncions i en un cas la destinació ha estat l'ingrés en una residència.

DESTÍ DEL PACIENT	
DOMICILI	174
RESIDÈNCIES	1
SON DURETA	12
SON LLÀTZER	7
CREU ROJA	—
SANT JOAN DE DÉU	—
ALTRES	2
ÈXITUS	17

3.2.3. Programa d'ortogeriatria

Es disposa de vint-i-dos llits destinats a aquesta línia; s'han produït un total de 6.605 estades. El nombre d'ingressos ha estat de 149 i el d'altres, 144.

ORTOGERIATRIA	
LLITS	22
ESTADES	6605

INGRESSOS	149
ALTES	144

L'origen majoritari dels pacients és l'hospital Universitari de Son Dureta (93 pacients), seguit de la Fundació Hospital Son Llätzer (44).

ORIGEN DEL PACIENT	
PROGRAMES	—
SON DURETA	93
SON LLÄTZER	44
ESAD	—
MANACOR	1
INCA	4
ALTRES	7

La destinació a l'alta és el domicili del pacient en 110 dels ingressos. S'han produït 8 defuncions i un pacient ha estat ingressat en una residència.

DESTÍ DEL PACIENT	
DOMICILI	110
RESIDÈNCIES	1
SON DURETA	7
SON LLÄTZER	9
CREU ROJA	—
SANT JOAN DE DÉU	6
ALTRES	3
ÈXITUS	8

3.2.4. Cures pal·liatives

Es disposa de divuit llits i s'han produït 4.860 estades. En total, 307 ingressos i 306 altes.

CURES PAL-LIATIVES	
LLITS	18
ESTADES	4860
INGRESSOS	307
ALTES	306

L'origen dels pacients ha estat l'Hospital Universitari de Son Dureta (81 casos) i la Fundació Hospital Son Llätzer (39).

ORIGEN DEL PACIENT	
PROGRAMES	38
SON DURETA	81
SON LLÀTZER	39
ESAD	90
MANACOR	3
INCA	14
ALTRES	42

La destinació dels pacients, igual que ocorre en la unitat homòloga de l'Hospital General, és en una proporció més petita el domicili del pacient (74 casos); s'han produït un total de 220 defuncions.

DESTÍ DEL PACIENT	
DOMICILI	74
RESIDÈNCIES	1
SON DURETA	2
SON LLÀTZER	—
CREU ROJA	—
SANT JOAN DE DÉU	—
ALTRES	9
ÈXITUS	220

3.2.5. Unitat de Deshabitació Alcohòlica

La unitat disposa de dotze llits. S'han produït 3.063 estades, amb 269 ingressos i 268 altes.

U.D. ALCOHÒLICA	
LLITS	12
ESTADES	3063
INGRESSOS	269
ALTES	268

En el cas que ens ocupa, l'origen dels pacients no són els diferents serveis i unitats dels hospitals d'aguts sinó que són els programes de l'àmbit comunitari els proveïdors de pacients a la unitat.

ORIGEN DEL PACIENT	
PROGRAMES	269
SON DURETA	—

SON LLÀTZER	—
ESAD	—
MANACOR	—
INCA	—
ALTRES	—

La destinació dels pacients, com és d'esperar, és el domicili del pacient (276 casos). No s'ha produït cap defunció en el programa i tres pacients han estat finalment derivats a una residència. Es tracta, amb tota seguretat, del programa que atén el nombre més baix de persones més grans de seixanta-cinc anys.

DESTÍ DEL PACIENT	
DOMICILI	276
RESIDÈNCIES	3
SON DURETA	—
SON LLÀTZER	—
CREU ROJA	—
SANT JOAN DE DÉU	—
ALTRES	7
ÈXITUS	—

En general, veiem que l'Hospital Universitari de Son Dureta, el centre amb més capacitat de la comunitat autònoma i hospital de tercer nivell, és el principal proveïdor del model sociosanitari. També és important el nombre de pacients que aporta la fundació Hospital Son Llätzer. En una mesura més petita, aporten pacients els hospitals d'Inca i de Manacor. Crida l'atenció l'escàs nombre de pacients que des del model sociosanitari i de cures intermèdies passen a llits de cures de llarga durada dependents dels serveis socials, fet que denota que el circuit de transferències de pacients està greument alterat en aquest nivell, a causa possiblement de la nul·la coordinació entre els serveis sanitaris i sociosanitaris amb els serveis socials, especialment residències assistides.

4. Dades de l'activitat assistencial en persones més grans de 65 anys l'any 2008

En total hi ha hagut 2.261 ingressos en els hospitals dependents de GESMA. D'aquests, 1.632 eren persones amb seixanta-cinc anys o més (72,1%), 792 homes (48,53 %) i 840 dones (51,47 %). D'aquests 1.632 pacients, 916 (56,12%) varen ser ingressats a l'Hospital General, 714 a l'Hospital Joan March (43,75%) i 2 (0,12%) a l'Hospital Psiquiàtric.

NRE. INGRESSOS > 65 ANYS	% INGRESSOS > 65 ANYS	HOMES	DONES
1632	72,1	792 (48,5 %)	840 (51,47 %)

4.1. Hospital General

A l'Hospital General hi han ingressat un total de 916 pacients més grans de seixanta-cinc anys (56,12%). L'estada mitjana ha estat de 20,6 dies i la mitjana d'edat dels pacients, 81,6 anys.

Per programes o unitats, les dades es resumeixen a la taula següent:

PROGRAMA/UNITAT	NRE. DE PACIENTS	EDAT MITJANA (ANYS)	ESTADA MITJANA (DIES)
Pluripatologia	390	83,3	25
Ictus	87	78,1	32,6
Ortogeriatría	74	82,6	34,2
Pal·liatiu	365	80,5	10,4
Global H. General	916	81,6	20,6

4.2. Hospital Joan March

A l'Hospital Joan March han ingressat 714 pacients (43,75%), amb una edat mitjana de 79,6 anys i una estada mitjana de 27,79 dies. Podem veure un resum de les dades per programes o unitats a la taula següent:

PROGRAMA/UNITAT	NRE. DE PACIENTS	EDAT MITJANA (ANYS)	ESTADA MITJANA (DIES)
Pluripatologia	188	83,1	31,1
Ortogeriatría	110	80,9	42,1
Respiratori	166	77,5	31,4
Pal·liatiu	234	78,1	16,8
Patologia alcohòlica	16	72,6	11,3
Global H. Joan March	714	79,6	27,7

4.3. Hospital Psiquiàtric

A l'Hospital Psiquiàtric han ingressat dos pacients amb seixanta-cinc anys o més (0,12%), amb una edat mitjana de 66 anys i una estada mitjana de 7 dies.

NRE. DE PACIENTS	EDAT MITJANA (ANYS)	ESTADA MITJANA (DIES)
2	66	7

En resum, podem veure que pràcticament tres de cada quatre ingressos que s'han produït a l'Hospital General i a l'Hospital Joan March són de persones més grans de seixanta-cinc anys, amb edats mitjanes que generalment superen els vuitanta anys i estades mitjanes d'entre vint i trenta dies, molt per sobre del que ocorre en altres mitjans hospitalaris destinats a pacients aguts, on l'estada mitjana és significativament inferior.

5. Dades sobre els diagnòstics més freqüents

Durant l'últim segle, s'han desenvolupat diferents classificacions, nomenclatures i sistemes de codificació que permeten recopilar dades i informació mèdica, al mateix temps que es dota certs termes d'un aire normatiu. El CIE 9 és un sistema de classificació internacional de malalties, fruit del consens al qual arriba l'Organització Mundial de la Salut (OMS). Es tracta d'una classificació numèrica de termes que presenten una estructura estàtica i les relacions de la qual s'estableixen manualment per experts. A continuació, s'analitzen segons aquesta classificació els diagnòstics més freqüents en les diferents línies d'actuació de l'Hospital General i de l'Hospital Joan March durant l'any 2008.

5.1. Programa integral d'atenció al pacient pluripatològic

5.1.1. Hospital General

DIAGNÒSTIC	COD.	Nre.	%
INSUFICIÈNCIA CARDÍACA	428.9	30	7,8%
PNEUMÒNIA	486	28	7,2%
MALALTIES APARELL RESPIRATORI	519.8	23	5,9%
INFECCIÓ URINÀRIA	599.0	20	5,2%
EPOC EXACERBAT	491.21	17	4,4%
BRONQUITIS AGUDA	466.0	16	4,1%
BLOQUEIG AURICULOVENTRICULAR	426.10	15	3,9%
ARÍTMIA CARDÍACA	427.31	14	3,6%
FIBRIL·LACIO VENTRICULAR	427.41	12	3,1%
ÚLCERA DECÚBIT	707.0	10	2,6%

5.1.2. Hospital Joan March

DIAGNÒSTIC	COD.	Nre.	%
TRAQUEOBRONQUITIS AGUDA	466.0	18	8,7%
PNEUMÒNIA	486	17	8,2%

INFECCIÓ TRACTE URINARI	599.0	13	6,3%
EDEMA AGUT DE PULMÓ	518.4	11	5,3%
INSUF. CARDÍACA CONGESTIVA	428.0	9	4,3%
INSUFICIÈNCIA CARDÍACA	428.9	9	4,3%
INFECCIÓ RESPIRATÒRIA	519.8	9	4,3%
ACV ISQUÈMIC	437.1	8	3,9%
SÍNDROME D'IMMOBILITAT	728.3	7	3,4%
CIRROSI HEPÀTICA	571.5	6	2,9%

Com veiem, la insuficiència cardíaca és uns dels motius més freqüents d'ingrés del pacient en aquesta unitat, en concordança amb l'evidència de què es disposa, ja que la insuficiència cardíaca congestiva és el motiu més freqüent d'hospitalització i de reingrés en les persones grans i la tercera causa de mort cardiovascular en aquest segment de població, tot això amb un elevat cost sanitari global. També sumen un important nombre de pacients les pneumònies, les malalties de l'aparell respiratori i la infecció urinària. La pneumònia té una alta incidència en població gran, molt freqüentment necessita ingrés hospitalari (el 70% d'ingressos hospitalaris per pneumònia en adults correspon a persones més grans de seixanta-cinc anys) i és la primera causa de mort d'origen infeccions en persones grans. Finalment, la infecció de la via urinària és la infecció bacteriana més freqüent en la població anciana.

5.2. Orto geriatria

5.2.1. Hospital General

DIAGNÒSTIC	COD.	Nre.	%
CONVALESCÈNCIA POSTQUIRÚRGICA	V66.0	60	78,9%
PORTADOR PRÒTESI GENOLL	V43.65	8	10,5%
CONVALESCÈNCIA POSTFRACTURA	V66.4	5	6,6%
TRASTORN RENAL I URETERAL	593.9	2	2,6%
COMPLICACIÓ PRÒTESI ARTICULACIÓ INTERNA	996.77	2	2,6%
CONVALESCÈNCIA DESPRÉS D'UN ALTRE TRACTAMENT	V66.5	1	1,3%
ABSCÉS	682.9	1	1,3%
DIVERTICULOSI COLON	562.12	1	1,3%
PORTADOR PRÒTESI MALUC	V43.64	1	1,3%
TRASTORN ARTICULACIÓ PÈLVICA I CUIXA	719.45	1	1,3%

5.2.2. Hospital Joan March

DIAGNÒSTIC	COD.	Nre.	%
CONV. POSTINTERVENCIÓ	V66.0	57	37,3%
CONV. POSTFRACTURA NO Q.	V66.4	21	13,7%
ANGIOPATIA DIABÈTICA	250.70	6	3,9%
NEOPLÀSIA DE LLAVI	140.9	5	3,3%
DISTÍMIA	300.4	5	3,3%
INFECCIÓ TRACTE URINARI	599.0	5	3,3%
ÚLCERA PER DECÚBIT	707.0	5	3,3%
DEFORMITAT COLUMNA VERTEBRAL	738.5	5	3,3%
ESTAT AMPUTACIÓ MI	V49.72	5	3,3%
HEMORRÀGIA CEREBRAL	431	4	2,6%

Es tracta d'una unitat amb orientació eminentment rehabilitadora i, tal com cal esperar, més del 70 i del 37,3% dels ingressos d'aquesta unitat a l'Hospital General i a l'Hospital Joan March, respectivament, són ocasionats per la convalescència i rehabilitació de la fractura de maluc, la incidència de la qual és a Espanya d'entre 130 i 200 casos per 100.000 habitants/any, amb un creixement considerable per sobre dels seixanta-cinc anys i que afecta més les dones.

5.3. Unitat D'íctus

5.3.1. Hospital General

DIAGNÒSTIC	COD.	Nre.	%
EMBÒLIA CEREBRAL AMB INFART	434.11	29	32,2%
ACCIDENT CEREBROVASCULAR ISQUÈMIC	437.1	25	27,8%
HEMORRÀGIA CEREBRAL	431	21	23,3%
EMBÒLIA CEREBRAL SENSE INFART	434.10	8	8,9%
CONVALESCÈNCIA D'UN ALTRE TRACTAMENT	V66.5	1	3,3%
ISQUÈMIA CEREBRAL TRANSITÒRIA	435	3	3,3%
OCLUSIÓ ARTERIAL AMB INFART CEREBRAL	434.91	1	1,1%
OCLUSIÓ ARTERIAL AMB INFART CEREBRAL	434.90	1	1,1%
MALALTIA DEGENERATIVA GANGLIS BASALS	333.0	1	1,1%

Es tracta d'una unitat per al tractament, la rehabilitació i el suport dels pacients que han superat la fase aguda d'una malaltia cerebrovascular, que constitueix un important problema de salut pública als països desenvolupats i alhora una important causa de

mortalitat i incapacitat. La malaltia cerebrovascular té una alta incidència (176 casos per 100.000 habitants/any) i en un 75% dels casos afecta persones de més de seixanta-cinc anys. En el cas que ens ocupa, l'embolisme cerebral amb infart és el diagnòstic més freqüent per a l'ingrés a la unitat (32,2% de casos), seguit de l'accident cerebrovascular isquèmic (27,8%).

5.4. Unitat de cures pal·liatives

5.4.1. Hospital General

DIAGNÒSTIC	COD.	Nre.	%
NEOPLÀSIA PULMÓ	162.9	97	23,4%
NEOPLÀSIA COLON	153.9	31	7,5%
NEOPLÀSIA PRÒSTATA	185	24	5,8%
NEOPLÀSIA FETGE	155.0	19	4,6%
NEOPLÀSIA ESTÓMAC	151.9	17	4,1%
NEOPLÀSIA RECTE	154.0	14	3,4%
NEOPLÀSIA URINÀRIA	188.9	13	3,1%
NEOPLÀSIA MAMA	174.9	11	2,7%
ALZHEIMER	331.0	7	1,7%
NEOPLÀSIA MALIGNA DE GLOTIS	161.0	6	1,4%

5.4.2. Hospital Joan March

DIAGNÒSTIC	COD.	Nre.	%
NEOPLÀSIA PULMÓ	162.9	57	18,8%
NEOPLÀSIA PRÒSTATA	185	22	7,3%
NEOPLÀSIA MAMA	174.9	21	6,9%
NEOPLÀSIA PÀNCREES	157.9	14	4,6%
NEOPLÀSIA DE COLON	153.9	13	4,3%
NEOPLÀSIA BUFETA URINÀRIA	188.9	13	4,3%
NEOPLÀSIA DE RECTE	154.0	11	3,6%
NEOPLÀSIA VIES BILIARS	155.1	11	3,6%
NEOPLÀSIA CEREBRAL	191.9	11	3,6%
NEOPLÀSIA PARET ABDOMEN	171.5	8	2,6%

La incidència i prevalença de la malaltia neoplàstica en persones grans augmenta alhora que ho fa l'esperança de vida, que se situa en l'actualitat entorn dels vuitanta anys. Del total de les malalties neoplàstiques que es diagnostiquen a Espanya, el 60% corresponen a

persones més grans de seixanta-cinc anys. El nombre més gran de casos atesos en aquestes unitats correspon al càncer de pulmó, la causa més freqüent de mortalitat per càncer en barons de seixanta a setanta-nou anys. La segona causa a l'Hospital General és el càncer de colon, reconeguda igualment a nivell general com la segona causa de mortalitat per càncer en homes i dones d'entre seixanta i setanta-nou anys. El tercer lloc a l'Hospital general i el segon al Joan March l'ocupa el càncer de pròstata, primera causa de mortalitat per càncer en barons de més de vuitanta anys. Veiem també que, entre les deu primeres causes d'ingrés a la unitat de cures pal·liatives de l'Hospital General, hi figura la malaltia d'Alzheimer. La demència greu representa un dels problemes més grans de salut pública, ja que és una de les principals (i tal vegada la principal) causes de dependència en el moment actual. La prevalença de demència en els subjectes més grans de seixanta-cinc anys a Europa varia entre el 5,9 i el 9,4%.

5.5. Programa d'atenció continuada a malalts respiratoris crònics avançats

5.5.1. Hospital Joan March

DIAGNÒSTIC	COD.	Nre.	%
EPOC	491.21	112	53,1 %
BRONQUITIS AGUDA	466.0	14	6,6 %
ASMA AMB EXACERBACIÓ	493.90	10	4,7 %
BRONQUIÈCTASI	494	9	4,3 %
BRONCOPNEUMÒNIA CRÒNICA	515	7	3,3%
PNEUMÒNIA PNEUMOCÒCCIA	481	5	2,4%
PNEUMÒNIA	486	4	1,9 %
SÍNCOPE	780.2	4	1,9%
TBC PULMONAR CAVITADA	011.2	3	1,4%

Com ja s'ha vist en analitzar els GRD de les unitats d'atenció al pacient pluripatològic, les malalties de l'aparell respiratori són causa freqüent d'ingrés i reingrés hospitalari en pacients adults i, molt especialment, en persones més grans de seixanta-cinc anys.

5.6. Unitat de patologia relacionada amb l'alcohol

5.6.1. Hospital Joan March.

DIAGNÒSTIC	COD.	Nre.	%
ALCOHOLISME	303.91	263	99,6%
TABAQUISME	305.1	1	0,4%

6. Conclusions

És evident que el sistema tradicional d'atenció sanitària, centrat en el diagnòstic i el tractament, és clarament insuficient per a l'atenció integral d'una població cada vegada més envellida, necessitada de cures en la fase aguda de la malaltia, però també de cures de convalsència, de llarga durada, pal·liatives, d'atenció a la dependència, etc. Per tot això, serà necessari desenvolupar el sistema i dotar-lo d'estructures assistencials que, de manera coordinada, proporcionin una atenció integral i continuada a persones amb necessitats especials, sobretot persones grans.

7. Agraïments

El nostre agraïment a D. Andrés Recober Martínez, sotsdirector de Control de Gestió de GESMA-Govern de les Illes Balears, per tota la informació facilitada, que ha permès la redacció d'aquest article a l'*Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2009*.

8. Bibliografia

Albertí, F. (2006): *Programa Integral de Atención al Paciente Pluripatológico*. <http://www.gesma.org/archivos/serveis_assistencials/PACIENTE%20PLURIPATOLOGICOidq.pdf> (30 de setembre de 2009).

Benito, E. [et al.] (2007): *Programes Sociosanitaris. Gesma. Programa Cures Pal·liatives. Atenció als pacients en situació de malaltia terminal avançada*. <http://www.gesma.org/archivos/serveis_assistencials/PAL_DEF210807.pdf> (30 de setembre de 2009).

Campos, E.; Andreu, C. (2008): «Envel·liment, salut i serveis socials: alguns indicadors». A: Orte, C.: *Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2008*. Palma: Càtedra de Gerontologia Educativa i Social.

Martin, F. J.; Gil, P. (2006): «Valoración funcional en la demencia grave». *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 41 (extra 1), 43-49.

Renom, F. [et al.]: *Programes sociosanitaris. Gesma. Programa d'atenció continuada a malalts respiratoris crònics avançats (Programa RESC)*. <http://www.gesma.org/archivos/serveis_assistencials/RESC_DEF101007.pdf> (30 de setembre de 2009).

Ruipérez, I. [et al.] (1998): *El Paciente Anciano*. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España, S.A.U.

Servei de Salut de les Illes Balears (2003): *Pla Sociosanitari de les Illes Balears*. Palma: Conselleria de Sanitat i Consum del Govern de les Illes Balears.

Sociedad Española de Geriátria y Gerontología (2006): *Tratado de Geriátria para residentes*. Madrid: SEGG.

Togores, B. (2007): *Programes Sociosanitaris. Gesma. Programa d'ortogeriatria*. <http://www.gesma.org/archivos/serveis_assistencials/ORTO_DEF130907.pdf> (30 de setembre de 2009).

Truyols, A. [et al.] (2007): *Programes Sociosanitaris. Gesma. Ictus. Atenció sociosanitària de mitjana estada*. <http://www.gesma.org/archivos/serveis_assistencials/ICTUS_DEF130907.pdf> (30 de setembre de 2009).

Autors

ENRIQUE CAMPOS ALCAIDE

Santa Elena (Jaén) 1957. Llicenciat en Medicina i Cirurgia. Universitat de Granada. Metge especialista en Geriatria i en Medicina Familiar i Comunitària. Residència Pensionistes de la Bonanova. Departament de Benestar Social (Institut Mallorquí d'Afers Socials). Consell Insular de Mallorca.

CATALINA ANDREU MESTRE

Felanitx 1959. Llicenciada en Medicina i Cirurgia. Universitat Central de Barcelona. Metgessa especialista en Geriatria. Residència Pensionistes de la Bonanova. Departament de Benestar Social (Institut Mallorquí d'Afers Socials). Consell Insular de Mallorca. Expresidenta de la Secció de Geriatria de l'Acadèmia Mèdica Balear.

