



Revisión

Cuidados postagudos

Margarita Admetlla Falgueras^{a,b,*} y Josep Fusté Sagrañes^b^a Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge (IDIBELL), Institut Català de la Salut, Universitat de Barcelona, Barcelona, España^b Direcció General de Planificació i recerca en Salut, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 23 de abril de 2013

Aceptado el 23 de mayo de 2013

On-line el 26 de julio de 2013

Palabras clave:

Cuidados postagudos

Cuidados subagudos

Indicadores

Objetivos

Transferencia

Planificación de servicios

Ancianos

Cuidados intermedios

Costes sanitarios

Adecuación de los cuidados sanitarios

RESUMEN

Los cuidados de las personas mayores después de una enfermedad aguda o accidente han adquirido una gran relevancia en el coste sanitario, debido tanto al envejecimiento de la población como al cambio en la estructura sociofamiliar.

El objetivo principal de los cuidados postagudos (CPA) es restituir la capacidad funcional del paciente después de un episodio agudo, puesto que este determinará su evolución y contactos posteriores con el sistema sanitario. Nos hemos propuesto revisar los siguientes aspectos de los CPA: a) objetivos; b) cuantificación de las necesidades e indicadores de acceso, y c) estrategias de transferencia desde los cuidados agudos. Para ello se ha realizado una revisión sistemática de la literatura médica desde el año 1990 hasta el 2011.

Se concluye que los CPA son un instrumento eficiente para mejorar la calidad de vida de los pacientes y para la sostenibilidad del sistema sanitario público. En la selección de los candidatos hay que manejar un conjunto de indicadores tanto sanitarios como sociales. La visión transversal de todo el proceso es fundamental para evitar un incremento en los costes totales.

© 2013 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Postacute care

ABSTRACT

The aging of the population and changes in family and social structures have led to increasing care needs for elderly persons following an acute disease or accident, with consequent concerns regarding costs and sustainability within the public health system.

The main objective of postacute care (PAC) is to restore the functional capabilities of the patient after an acute event and contribute to determine the patient's outcome and future healthcare requirements. With this background, we carried out a systematic review of the published literature from 1990 to 2011 focused on the following aspects of PAC: a) objectives; b) estimations of the need and the indicators for access to it, and c) transfer strategies from acute care to PAC.

The results of this review indicate that PAC is an efficient approach to improve patients' quality of life and to sustain the public healthcare system. The choice of candidates for PAC should be based on both health and social indicators, and the overall process viewed in a cross-sectional manner in order to avoid increases in total cost.

© 2013 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Postacute care

Subacute care

Indicators

Objetives

Transfer strategies

Needs assessment

Frail elderly

Intermediate care

Health care costs

Health care rationing

«...Buscado la estrategia para dar la atención adecuada en el sitio adecuado...» Christine Penney¹

Introducción

Los cambios sociales, tales como la incorporación de la mujer al mundo laboral, la emigración del medio rural al industrial y la reducción de la superficie del domicilio, junto al progresivo envejecimiento de la población, nos conducen, en el mundo

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: madmetlla@gencat.cat (M. Admetlla Falgueras).

sanitario, a un importante aumento de la demanda para atender a las personas mayores, tanto en lo referente a las camas hospitalarias para pacientes agudos como a la necesidad de otros recursos sociales y sanitarios durante la convalecencia.

Teniendo en cuenta que los recursos para atender las necesidades de salud de la población son limitados, y que, a criterio de algunos pensadores, el envejecimiento de la población¹, junto con la intensidad terapéutica y tecnológica utilizada en los últimos años de la vida², son los factores que más han influido e influirán en el aumento del gasto sanitario, es fundamental plantear la máxima eficiencia en la atención y claridad de objetivos en el tratamiento de las personas mayores.

Desde el punto de vista de la estructura sanitaria se considera que los hospitales de agudos (HA) son «los consumidores más importantes» del presupuesto sanitario. Los ingresos de las personas de más de 80 años en HA han ido aumentando hasta representar el 60% de todos los ingresos del año 2005 en países como Reino Unido o Noruega³, consumiendo la mayoría de las estancias.

Estos hechos han comportado que los agentes sanitarios se hayan planteado cómo dar, a las personas mayores, una correcta atención sanitaria utilizando el presupuesto adecuado desde el HA¹.

Donna J. Cameron, consultora de Health Evolutions, Inc., Indianápolis⁴, es totalmente beligerante planteando estos temas. Argumenta y fundamenta sus propuestas en base a las previsiones demográficas y al coste sanitario que representa el envejecimiento de la población. Elabora un método para el cálculo del coste de los cuidados postagudos (CPA) y para el seguimiento de los resultados y finalmente propone una estructura organizativa basada en una cartera de servicios amplia para poder dispensar los CPA, que contempla tanto el domicilio del paciente como el HA y los centros de atención intermedia (hospitales comunitarios o centros socio sanitarios) (tabla 1).

Es conocido que el estado funcional de los pacientes es uno de los principales predictores de mortalidad, tanto durante el ingreso en un HA⁵, como al alta hospitalaria⁶ y hasta los 6 meses después de un ingreso por un episodio agudo⁷. Como se ha señalado, «evaluar, preservar y restaurar la función y la capacidad física en el anciano es tan importante como tratar la enfermedad»⁸. Es en este sentido que los CPA, entendidos como una rehabilitación-readaptación del paciente a su nueva situación, adquieren toda su importancia y relevancia.

En este trabajo nos centramos en: a) los objetivos de los CPA; b) la cuantificación de las necesidades de CPA e indicadores de acceso a los CPA, y c) las estrategias de transferencia desde los cuidados agudos a los CPA.

Definición

Existe en la literatura médica y en la práctica diaria una confusión notable respecto a la definición de los «cuidados

subagudos», «cuidados postagudos» o «cuidados no agudos». En la literatura médica anglosajona ha recibido distintos nombres: «subacute care», «interim care», «intermediate care» y «post-acute care». En esta revisión nos referiremos *al conjunto de cuidados que se dispensan después de un episodio agudo y que tienen como principal objetivo la calidad de vida y/o el estado funcional del paciente*⁹. Estos cuidados pueden dispensarse en una institución, HA o centro sociosanitario, o en el domicilio del paciente (su casa o centro residencial).

Metodología

Se ha revisado la bibliografía, artículos en inglés y castellano, entre los años 1990-2011.

La búsqueda bibliográfica se realizó en PubMed según los términos: «subacute care»[MeSH Terms] OR;«subacute»[All Fields] AND «care»[All Fields]) OR «subacute care»[All Fields] AND;«bed conversion»[MeSH Terms] OR;«bed»[All Fields] AND «conversion»[All Fields]) OR «bed conversion»[All Fields] y «subacute care»[All Fields] AND «health services needs and demand»[All Fields].

Se han obtenido un total de 54 artículos, de los que se han seleccionado 25 en base a si aportaban conocimiento sobre: a) la historia y objetivos de los CPA; b) cuantificación de las necesidades de CPA e indicadores de acceso a los CPA, y c) la organización necesaria para facilitar la transferencia (interfase «agudo-postagudo»).

Evolución histórica de los objetivos

La visión económica

EE. UU. se plantea este problema desde la década de 1980 a través de la aseguradora Medicare¹⁰, con una visión predominantemente económica. Es en la década de 1990 cuando empiezan a publicarse los primeros artículos.

Ya en 1994 se identifica a los CPA (*postacute care*) como el patrón oro (*gold standard*) para reducir costes en el sistema sanitario¹¹. Al mismo tiempo, se considera el «subacute care» como una estrategia para mover la organización hacia el futuro y conseguir una financiación «prudente» hoy¹². Poco después se propone reconvertir camas de agudos en subagudos, diseñando unidades de enfermería con unos objetivos de cuidados y rehabilitación muy concretos (*Medicare-Certified Skilled Nursing Units*)¹³. Al mismo tiempo se llama la atención sobre la necesidad de definir los criterios de selección de los pacientes candidatos a ingresar en estas unidades para no incrementar costes, intentando no realizar un programa de cuidados demasiado intensivo¹⁴. Finalmente, en 1999 se reconocen las ventajas económicas que representa el utilizar un recurso asistencial distinto al de cama de agudos para pacientes mayores de 60 años ingresados por una descompensación de una enfermedad crónica¹⁵.

La visión asistencial

Europa se plantea la necesidad de los CPA al final de la década de 1990, con Inglaterra y los países nórdicos como iniciadores. Al mismo tiempo, fuera de Europa lo hace Australia¹⁶.

Los estudios europeos añaden una nueva visión al valorar los resultados desde el punto de vista asistencial. Se busca conocer si los pacientes que han sido sometidos a un programa de CPA son más independientes, han disminuido su grado de ansiedad y utilizan en menor grado el hospital o los cuidados comunitarios.

Un primer estudio inglés parece no encontrar diferencias significativas entre los pacientes que han sido sometidos a un programa de CPA y los que no lo han sido¹⁷. Como los mismos autores reflexionan, se excluyeron del estudio los pacientes que tuvieron una buena evolución, pudiendo ser dados de alta a los

Tabla 1
Cartera de servicios de Medicare

1. Con requerimiento de cama
a. Rehabilitación ingresado: 13,4 días
b. Unidades de enfermería especializadas: 3 días de agudo + 12 días en unidades de enfermería especializada
c. Cuidados hospitalarios a largo plazo: 25 días
2. Sin requerimiento de cama
a. Rehabilitación ambulatoria por tiempo limitado
b. Atención en el domicilio (<i>home care, home health aide services</i>): por un tiempo limitado
c. «Vivienda asistida» (<i>assisted living</i>): 0-1 h de cuidados de enfermería por día

Modificada de Cameron⁴.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3797751>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3797751>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)