

Eficiencia de una unidad de geriatría en la gestión de camas hospitalarias

Sr. Editor:

Hemos leído con interés el original de González-Guerrero et al¹ y aportamos los datos de la Sección de Geriatría del Hospital Perpetuo Socorro de Albacete del año 2004 que confirman sus conclusiones con algún matiz. La edad media de nuestros pacientes es también de 85 años, con un 60% de mujeres. En el año 2004 tuvimos 1.563 ingresos en la Unidad Geriátrica de Agudos, con un índice de ocupación del 121,5% y con una estancia media de 8,33 (bruta) y 7,70 (neta). La mortalidad fue del 16% y los reingresos en 30 días representaron el 8,68% de las altas. La media de diagnósticos por paciente fue de 8,3, con un peso medio bruto de 1,8851 y neto de 1,8924.

TABLA 1. Estancias evitadas para los 12 GRD más frecuentes en la sección de geriatría

GRD	Descripción	Pacientes	EM servicio	EM estándar	Diferencia EM	Estancias evitadas
541	Trastornos respiratorios excepto infecciones, bronquitis, asma con CC mayor	146	8,5	9,4	-0,9	131,4
544	ICC y arritmia cardíaca con CC mayor	67	9,24	9,9	-0,66	44,2
15	Accidente isquémico transitorio y oclusiones precerebrales	57	6,79	6,5	+0,29	-16,5
540	Infecciones e inflamaciones respiratorias con CC mayor	44	11,30	11	+0,30	-13,2
127	Insuficiencia cardíaca y shock	41	7,76	9,0	-1,24	50,8
569	Trastornos de riñón y tracto urinario, excepto insuficiencia renal con CC mayor	38	10,08	8,8	-1,28	48,6
533	Otros trastornos del sistema nervioso, excepto AIT, convulsiones y cefalea con CC mayor	33	11,94	14	-2,06	68
542	Bronquitis y asma con CC mayor	32	7,88	8,9	-1,02	32,6
321	Infecciones de riñón y tracto urinario, edad > 17 sin CC	31	4,55	5	-0,45	14
14	Trastornos cerebrovasculares específicos excepto AIT y hemorragia intracranal	30	7,03	9,4	-2,37	71,1
101	Otros diagnósticos de aparato respiratorio con CC mayor	29	7,31	8,3	-0,99	28,7
320	Infecciones de riñón y tracto urinario, edad > 17 con CC mayor	27	5,63	7,7	-2,07	55,9
	TOTAL	575				515,6

GRD: grupos relacionados con el diagnóstico; EM: estancia media; CC: diagnóstico secundario para complicaciones o comorbilidades específicas; AIT: accidente isquémico transitorio; ICC: insuficiencia cardíaca congestiva.

Los 12 grupos relacionados con el diagnóstico (GRD) más frecuentes, así como la estancia media por GRD y las estancias evitadas, se muestran en la tabla 1.

El índice de funcionamiento fue de 0,8597 (mejor que la media) y el índice de casuística 1,0483 (mayor que la media), lo que indica un buen rendimiento de la sección con una mejor eficiencia que la norma.

Al comparar los GRD comunes con más de 7 casos, se obtiene una estancia media de 7,68 días (-0,54 respecto de la norma) con un índice de funcionamiento de 0,8948 y una casuística de 1,0444. La estancia media ajustada por casuística fue de 7,2094 y por funcionamiento, de 8,5850.

Aunque no se aportan, los datos de estancia media y funcionamiento son mejores que los de otros servicios médicos de nuestro hospital con similar tipología de pacientes, al igual que ocurre en el Hospital de Cáceres. No nos cabe ninguna duda que ello se debe a una mejor gestión de los procesos basada principalmente en un mejor conocimiento de la patología del anciano, así como del empleo de las herramientas propias de nuestra especialidad, en concreto la valoración geriátrica, los niveles asistenciales y el trabajo interdisciplinario.

El modelo de atención sanitaria a los mayores basado en la geriatría está sobradamente demostrado que es mejor y más eficiente que el convencional^{2,3}. A pesar de ello, nuestra especialidad sigue encontrando barreras para su desarrollo. Sólo si mantenemos una atención «excelente» tendremos datos propios para respaldar esa evidencia en

nuestro medio. Y ello implica una excelencia de conocimientos médicos en las enfermedades de los mayores, en biología y psicosociología del envejecimiento, así como una excelencia en la gestión de nuestros recursos. Aunque está demostrado que los GRD no son la herramienta más apropiada ni para clasificar ancianos, ni para medir el producto hospitalario en geriatría⁴, actualmente siguen midiendo nuestra eficiencia con ellos. Estamos totalmente de acuerdo con García-Navarro⁴ en que los GRD deben pasar a formar parte de nuestra práctica clínica habitual, y exigir normas de comparación adecuadas, por lo que si queremos ser competitivos, todos tendremos que esforzarnos en mejorar nuestros indicadores de manera global en España. «No sólo hay que ser bueno, sino también parecerlo.»

Pedro Abizanda Soler, Luis Romero Rizos
y Carmen Luengo Márquez
Sección de Geriatría. Hospital Perpetuo Socorro. Albacete.
España.

BIBLIOGRAFÍA

1. González-Guerrero JL, García-Mayolín N, Valverde M. Eficiencia de una unidad de geriatría en la gestión de camas hospitalarias. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2005;40:330-4.
2. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet.* 1993; 342:1032-6.
3. Landefeld CS, Palmer RM, Kresovic DM, Fortinsky RH, Kowal J. Randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. *N Engl J Med.* 1995;332:1338-44.
4. García-Navarro JA. Los GRD y la atención geriátrica hospitalaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2005;40:327-9.