

Información geriátrica en los informes de alta hospitalaria del servicio de Medicina Interna en pacientes mayores de 65 años

F. Formiga, P. Dolcet, A. Martínez, J. Mascaró, A. Vidaller y R. Pujol

UFISS Geriatria. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge.
L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Fundamento. El informe de alta hospitalaria (IAH) es un documento que sirve de nexo entre el clínico hospitalario y el equipo de asistencia primaria. Nuestro objetivo es evaluar el grado de información geriátrica existente en el IAH del servicio de Medicina Interna de un hospital universitario de tercer nivel. También se evaluó si existían cambios en el curso de los últimos 5 años. **Métodos.** Se estudiaron en el Hospital Universitari de Bellvitge los IAH de 1.000 pacientes mayores de 65 años (500 del año 1996 y 500 del año 2001). Se recogió la existencia de algún tipo de dato de valoración social, funcional (cualitativa o cuantitativa) y cognitiva (cualitativa o cuantitativa). **Resultados.** En 269 pacientes (27%) existía algún tipo de información geriátrica en el IAH. En los IAH del año 2001 se apreció un aumento significativo en el porcentaje de información social, funcional cualitativa y cognitiva cualitativa respecto a los IAH del año 1996. No existían diferencias significativas al comparar los 269 pacientes en que existían datos geriátricos en su IAH respecto a los 731 restantes. **Conclusiones.** El porcentaje de información geriátrica en los IAH es bajo. La atención de los pacientes ancianos ingresados en Medicina Interna requiere una evaluación adicional por parte de todos los profesionales que los atienden realizando una valoración global que permita un mejor conocimiento del paciente. Estas evaluaciones deben formar parte de los IAH.

PALABRAS CLAVE: paciente geriátrico, informe alta hospitalaria, valoración geriátrica.

Formiga F, Dolcet P, Martínez A, Mascaró J, Vidaller A, Pujol R. Información geriátrica en los informes de alta hospitalaria del servicio de Medicina Interna en pacientes mayores de 65 años. *Rev Clin Esp* 2004;204(6):308-11.

Geriatric information in the hospital discharge reports of patients over 65 years of age admitted to an Internal Medicine Department

Context. The hospital discharge report (HDR) is a document that serves as a link between the hospital clinician and the primary care team. Our objective has been to evaluate the level of geriatric information in the HDR developed in the Internal Medicine Department of a tertiary care university hospital. Besides, the possible changes along the last 5 years were also evaluated.

Methods. HDRs of 1,000 patients over 65 years (500 in 1996 and 500 in 2001) and cared in the Bellvitge University Hospital were evaluated. Data relative to social, functional (qualitative and quantitative), and cognitive (qualitative and quantitative) assessment were collected.

Results. In 269 patients (27%) there was some kind of geriatric information in the HDRs. In the 2001 HDRs a significant increase in the percentage of social, qualitative functional and qualitative cognitive information was observed compared to 1996 HDRs. There were no significant differences upon comparing the subgroup of 269 patients with geriatric data in their HDRs with the subgroup of 731 remaining patients.

Conclusions. The level of geriatric information in the HDRs is low. Care of elderly patients admitted to the Internal Medicine Department requires an additional evaluation on the part of all the professionals involved in their assistance, carrying out a global assessment that let a better knowledge of the patient. These evaluations should be part of the HDR.

KEY WORDS: geriatric patient, hospital discharge report, geriatric assessment.

Introducción

El informe de alta hospitalaria (IAH) es un documento necesario y obligatorio que sirve de nexo entre el

clínico hospitalario y el equipo de asistencia primaria¹, y que además puede utilizarse para realizar estudios clínicos, epidemiológicos² o farmacológicos.

La población anciana consume una gran cantidad de recursos hospitalarios y está aceptado que en ésta la valoración debe realizarse desde un punto de vista global. La valoración geriátrica integral es un proceso multidimensional e interdisciplinar que pretende detectar y cuantificar las capacidades y problemas médicos (físicos y mentales), funcionales y sociales del anciano con la intención de elaborar lo antes po-

Correspondencia: F. Formiga.
UFISS Geriatria. Servicio de Medicina Interna.
Hospital Universitari de Bellvitge.
C./ Feixa Llarga, s/n.
08907 L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).
Correo electrónico: fformiga@csub.scs.es

Aceptado para su publicación el 13 de octubre de 2003.

sible un plan exhaustivo para el tratamiento y seguimiento a largo plazo^{4,5}.

Los servicios de Medicina Interna atienden a una población envejecida, y en consecuencia los profesionales deben adquirir una formación básica para poder dar una atención de calidad a este colectivo.

El objetivo del presente estudio es evaluar el grado de información geriátrica existente en el IAH de los pacientes dados de alta por cualquier patología en el servicio de Medicina Interna de un hospital universitario de tercer nivel. La hipótesis era que la rotación voluntaria por la unidad funcional de geriatría realizada por algunos médicos residentes de Medicina Interna podría mejorar la información incluida en el IAH respecto a la previa a dicha rotación.

Pacientes y métodos

Se analizaron 1.000 IAH del servicio de Medicina Interna del Hospital Universitari de Bellvitge para detectar el grado de información existente sobre tres de los principales pilares de la valoración geriátrica (información funcional, cognitiva y social). Por ello estudiaron los IAH de dos períodos diferentes; el primero incluyó 500 pacientes mayores de 65 años de edad dados de alta del hospital durante el año 1996 y el segundo incluyó 500 pacientes dados de alta 5 años después (durante el año 2001). En ninguno de los 1.000 IAH estudiados se daba alguno de los siguientes supuestos: ingresos inferiores a tres días, informes destinados a traslados a otro servicio hospitalario de agudos, ni tampoco informes pertenecientes a pacientes fallecidos.

Se elaboró un protocolo de recogida de datos donde se incluía información acerca de datos demográficos (género, edad, domicilio habitual) y datos sobre la derivación al alta (lugar y médico al que se informa). Se recogió la existencia de algún tipo de valoración social (convivencia, cuidador principal), valoración funcional cualitativa (buena o mala capacidad funcional) o cuantitativa en cualquier escala; la utilizada habitualmente por la Unidad Funcional de geriatría de nuestro hospital es el índice de Barthel (IB) y valoración cognitiva cualitativa (correcto nivel cognitivo o deterioro) o cuantitativa en cualquier escala; la escala utilizada por las UFISS de Geriatría es el Mini Examen Cognitivo de Lobo (MEC). Esta información se valoró en dos de los apartados del formato de alta: en primer lugar en los antecedentes o en la enfermedad actual y en segundo lugar en el apartado de comentario y evolución al alta. También se recogió información sobre la prescripción de la aparición de algún síndrome geriátrico durante el ingreso (cuadro confusional agudo, caídas, etc.), y si el paciente era tributario al alta de algún tipo de medida o cuidado especial (cuidados de sonda urinaria o de úlceras de decúbito, espesantes para evitar broncoaspiración, etc.). Finalmente se valoró si se informaba de necesidades de algún tipo de recurso social.

Para el estudio de los datos se utilizó el programa informático Acces como base de datos y para el análisis estadístico los paquetes informáticos SPSS. V10.0.1. Tras un primer análisis descriptivo en que los resultados se expresan con la media y desviación estándar (DE) e intervalo de confianza al 95% (IC 95%) de los resultados más significativos, la significación estadística de las diferencias se valoró mediante la Chi cuadrado o la prueba exacta de Fisher para la comparación de proporciones en las variables cualitativas y la «t» de Student para las cuantitativas. Los valores de p indicados son a dos colas; los valores menores de 0,05 se consideraron significativos.

Resultados

La edad media de los 1.000 pacientes estudiados fue de 77,1 años (DE: 7,1; IC 95%: 76-78,2), con un rango de 65-100 años. Se trataba de 487 varones (49%) y 513 mujeres (51%) con una media de estancia hospitalaria de 12,7 días (DE: 9,3; IC 95%: 12,1-13,3) con un rango de 3-86 días. La mayoría de los pacientes (908; 91%) procedían de su domicilio, mientras que 68 (7%) procedía de residencias o centros sociosanitarios y 24 (2%) provenían de otro hospital. En la tabla 1 se pueden ver las diferencias según el año de ingreso.

Los principales diagnósticos al alta fueron descompensación cardíaca (260; 26%), descompensación de patología respiratoria crónica (165; 16,5%), cáncer (104; 10,4%), anemia u otros problemas hematológicos (91; 9,1%), neumonía u otros procesos infecciosos (86; 8,6%), demencia (71; 7,1%), cardiopatía isquémica (46; 4,6%), y en 177 pacientes (17,7%) existía una amplia miscelánea de diagnósticos. No se apreciaron diferencias estadísticamente significativas respecto a los diagnósticos según fuese el año estudiado.

Al alta 828 pacientes (82,8%) volvieron a su domicilio habitual, un 5,3% fue a su domicilio, pero se le ofreció algún recurso como centro de día u hospital de día o control por paliativos de su zona, un 8,1% fueron a residencia privada, un 3,2% a centros de convalecencia y un 0,6% a centros de larga estancia. Además de ir en su totalidad dirigidos al médico de cabecera, el 50% de los pacientes también se remitió a consultas externas del propio hospital, en el 7% al especialista de zona y en el 1,2% al equipo de geriatría.

Información geriátrica al alta

En 269 pacientes (27%; IC 95%: 23,6-30,3) existía algún tipo de información geriátrica en el IAH.

En el apartado de antecedentes o enfermedad actual existía información sobre la situación social en el 7,8% de los pacientes, información cuantitativa sobre la funcionalidad en 5 pacientes (en todos ellos el IB) y cualitativa funcional en 178 pacientes (18%). La información sobre el nivel cognitivo existía en 7 pacientes en forma cuantitativa (en todos ellos mediante el MEC) y en 133 pacientes (13%) en forma cualitativa.

TABLA 1
Datos demográficos de los pacientes y diferencias en edad, género, estancia media y domicilio habitual según el año de realización del informe de alta hospitalaria (IAH)

	Año 1996 (n = 500)	Año 2001 (n = 500)	P
Edad	76,5 años (65-100)	77,6 años (65-97)	0,02
Género: varón/mujer	248/252	238/262	0,5
Estancia media	12,6 días (3-79)	12,9 días (3-86)	0,68
Procedencia domicilio habitual	464 (92%)	444 (89%)	0,04

En el apartado de comentario y evolución había información cuantitativa sobre la funcionalidad en 4 pacientes (en todos con el IB) y cualitativa funcional en 41 pacientes (4,1%). La información cognitiva cuantitativa existía en dos pacientes (ambos con el MEC) y en 40 pacientes (4%) en forma cualitativa.

Respecto a la información sobre la aparición de algún síndrome geriátrico durante el ingreso existía en 38 pacientes; la mayoría había padecido un cuadro confusional agudo (22 pacientes) o caídas (7 pacientes). En 40 pacientes había información sobre algún cuidado específico al alta: sonda urinaria (6), cura de úlceras (12) o prevención de broncoaspiración con espesantes (22). En tres pacientes se recomendó valoración de su posible problemática social por servicios sociales ambulatorios.

En la tabla 2 pueden apreciarse las diferencias existentes según el año estudiado.

Al comparar los 269 pacientes en que existía algún tipo de información geriátrica en el IAH con los 731 restantes, no se evidenciaron diferencias significativas en la edad, el género, los días de ingreso, la procedencia previa o destino al alta. Respecto a las enfermedades sólo hubo diferencias respecto a la presencia de un mayor porcentaje de información cognitiva cualitativa en el apartado de antecedentes ($p < 0,01$) y en el apartado de evolución ($p < 0,02$) en los pacientes con demencia respecto al resto de pacientes.

Discusión

La valoración geriátrica constituye la herramienta esencial de la Geriátrica en particular y es, en general, un instrumento necesario para la correcta atención a los ancianos por los profesionales de otras especialidades médicas hospitalarias y de la Atención Primaria⁶. Los datos contenidos en el IAH deberían servir como instrumento útil para la comunicación entre todos los profesionales del sistema sanitario⁷.

El incremento de la pirámide poblacional y el desarrollo de alternativas a la hospitalización convencio-

nal comporta que un elevado porcentaje de los pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna sean pacientes en edad geriátrica. En dichos pacientes es básico complementar la historia clínica con una correcta valoración de la situación social, funcional y cognitiva, y si ésta se realiza debería quedar reflejada en el IAH. Sin embargo, los IAH aún son suficientes para evaluar la calidad de atención prestada⁸. En el presente trabajo se reporta un bajo porcentaje de información geriátrica en todos sus aspectos y en todos los apartados de IAH, y prácticamente es nula dicha valoración en el aspecto cuantitativo de la función y del nivel cognitivo. Posiblemente durante el ingreso de estos pacientes se realizarán más valoraciones geriátricas globales, pero éstas no quedaron reflejadas en el IAH.

Al comparar el porcentaje de información entre los dos años estudiados, en dos grupos equiparables en género y estancia media, y con un ligero aumento en la media de edad y en la institucionalización previa, se puede comprobar un significativo aumento en la mayoría de variables estudiadas, posiblemente en relación con la tarea de información de la Unidad Funcional de Geriátrica, y debido a la rotación de algunos residentes de Medicina Interna por esta unidad. Los futuros especialistas en Medicina Interna han de adquirir conocimientos y habilidades básicas para la atención correcta de los pacientes ancianos tal y como se ha definido en otros países⁹. La redefinición del programa de esta especialidad lo está contemplando.

En el análisis del subgrupo de pacientes en que sí que hay algún tipo de información geriátrica en el IAH no existen unas características diferenciales que nos permitan identificarlo, excepto un esperado mayor porcentaje de información cognitiva cualitativa en los pacientes con el diagnóstico de demencia al alta.

Además de la información habitual al médico de Atención Primaria le será útil saber si su paciente ha padecido un cuadro confusional durante el ingreso, o si tiene úlceras de decúbito o es portador de sonda

TABLA 2
Información geriátrica en los principales apartados del informe de alta hospitalario (IAH) y diferencias según el año del IAH (1996 o 2001)

	Año 1996 (n = 500)	Año 2001 (n = 500)	p
Información social en antecedentes o enfermedad actual	14 (3%)	64 (13%)	< 0,0005
Información funcional en antecedentes o enfermedad actual			
Cuantitativa	0	5 (1%)	0,06
Cualitativa	51 (10%)	127 (25%)	< 0,0005
Información cognitiva en antecedentes o enfermedad actual			
Cuantitativa	2 (0,4%)	5 (1%)	0,45
Cualitativa	40 (8%)	93 (19%)	< 0,0005
Información funcional en evolución			
Cuantitativa	0	4 (0,8%)	0,1
Cualitativa	14 (3%)	27 (5,4%)	< 0,05
Información cognitiva en evolución			
Cuantitativa	0	2 (0,4%)	0,4
Cualitativa	11 (2,2%)	29 (5,8%)	< 0,006
Información sobre síndromes geriátricos durante ingreso	14 (3%)	24 (5%)	0,1
Información sobre recomendaciones geriátricas al alta	10 (2%)	30 (6%)	0,002
Cualquier información geriátrica en el IAH	77 (15,4%)	192 (38,4%)	0,0001

urinaria¹⁰. En nuestro estudio el porcentaje de dicha información es también bajo, como el de recomendaciones para una revaloración de su situación por los servicios sociales.

La atención de los pacientes ancianos requerirá un esfuerzo por parte de todos los profesionales que los atienden para realizar unas valoraciones globales que sirvan para un mejor conocimiento del paciente y de la comunicación entre los diversos profesionales que intervendrán durante cualquier proceso que obligue a un paciente mayor a tener un ingreso hospitalario, y una vez realizadas deben formar parte de los informes de alta, máxime teniendo en cuenta que en los indicadores asistenciales actuales su contenido se utiliza para medir la complejidad de la patología atendida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Manresa JM. El informe de alta hospitalaria; la centena del clínico. *Med Clin (Barc)* 1993;101:253-4.

2. Regidor E. Fuentes de información de mortalidad y morbilidad. *Med Clin (Barc)* 1992;99:183-7.

3. Sicras A, Navarro R, Galobart D. Complicaciones hospitalarias, su cumplimentación en el informe de alta y la hoja resumen de hospitalización. *Med Clin (Barc)* 1992;99:395.

4. González Montalvo JI, Pérez del Molino J, Rodríguez Mañas L, Salgado Alba A, Guillén Llera F. Geriatria y asistencia geriátrica: para quién y cómo (I). *Med Clin (Barc)* 1991;96:183-8.

5. González Montalvo JI, Pérez del Molino J, Rodríguez Mañas L, Salgado Alba A, Guillén Llera F. Geriatria y asistencia geriátrica: para quién y cómo (II). *Med Clin (Barc)* 1991;96:222-8.

6. González Montalvo JI, Gutiérrez Rodríguez J, Alarcón Alarcón MT. Aplicación de la valoración geriátrica para el correcto uso de niveles asistenciales en la atención del anciano. Propuesta de un diagrama objetivo de toma de decisiones. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998;33:115-20.

7. Sardà N, Vila R, Mira M, Canela M, Jarod M, Masquie J. Análisis de la calidad y contenido del informe de alta hospitalario. *Med Clin (Barc)* 1993;101:241-4.

8. Reyes Domínguez A, González Borrego A, Rojas García MF, Montero Chaves G, Marín León I, Lacalle Remigio JR. Los informes de alta hospitalario pueden ser una fuente insuficiente de información para evaluar la calidad de la asistencia. *Rev Clin Esp*, 2001. p. 685-9.

9. Education Committee of the American Geriatrics Society. Curriculum guidelines on the care of the elderly for Internal Medicine Residency Training Programs. *Am J Med* 1997;103:260-2.

10. Lahoz MJ, Ariño MD, Marín PJ. El informe de alta hospitalaria visto desde la Atención Primaria. *Med Clin (Barc)* 1994;102:677.