



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Evolución del perfil del paciente atendido
en el Hospital de día geriátrico (San José
de Teruel) desde el año 2005 hasta el
año 2012.

Autor/es

Alba María Vicente García

Director/es

Rafael Gómez Navarro

Escuela Universitaria de Enfermería. Teruel
2014

ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
OBJETIVOS	6
MATERIAL Y MÉTODOS.....	6
RESULTADOS.....	8
DISCUSIÓN	11
CONCLUSIÓN.....	14
BIBLIOGRAFÍA.....	15
ANEXO I. Escala de actividades básicas de la vida diaria (Barthel)	18
ANEXO II. Gráficas.....	19
ANEXO III. Tablas.....	22

RESUMEN

Introducción: Los programas de intervención en los Hospitales de día geriátricos (HDG) son eficaces para reducir la mortalidad, el riesgo de institucionalización, los días de hospitalización y la presencia de discapacidad grave.

Objetivo: Describir la evolución del perfil de los pacientes atendidos en un HDG desde el año 2005 hasta el 2012.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de todos los pacientes atendidos en el HDG (San José de Teruel) entre el 1 de Enero de 2005 y el 31 de Diciembre de 2012. Las variables analizadas son: sexo, zona básica de salud, procedencia, diagnóstico, edad, duración ingreso, Barthel ingreso, Barthel alta y diferencia Barthel.

Resultados: Fueron atendidos 1.264 pacientes (60,7% mujeres), con aumento progresivo en los 8 años de estudio, con una mediana de edad al ingreso de 76 años, procedentes de la zona Teruel Centro-Ensanche (75,6%), con diagnóstico de fractura/prótesis (35,5%), derivados de Consultas Externas (CCEE) de geriatría (31,3%) y Traumatología (21,2%), con una mediana de duración del ingreso de 38 días y una ganancia funcional en el índice de Barthel de 15 puntos. En los dos primeros años la duración media de ingreso fue de 70 días, dentro del diagnóstico predominaron accidente cerebrovascular (25,5%) y demencia/deterioro cognitivo (24,5%), y dentro del servicio de procedencia predominaron Rehabilitación (30,9%) y el Hospital San José tras ingreso (30,9%).

Conclusión: En los años estudiados se ha producido un aumento progresivo de pacientes atendidos, con una disminución de accidentes cerebrovasculares y demencias y un aumento de fracturas y prótesis, adquiriendo mayor importancia los servicios de Traumatología y CCEE de geriatría, produciéndose una disminución en la duración del ingreso.

Palabras clave: Perfil paciente, Hospital de día geriátrico, Teruel.

ABSTRACT

Introduction: the intervention programs in Geriatric Day Hospitals (GDH) are effective to reduce mortality, the risk of institutionalization, the days of hospitalization and the presence of severe disability.

Objective: describe the evolution of the patients with the profile assisted in a GDH from the 1st of January 2005 to the 31st of December 2012.

Material and methods: retrospective study of all of the patients assisted in GDH (San José of Teruel) from January the 1st of 2005 to December the 31st of 2012. The analyzed variables are: gender, basic health area, origin, diagnosis, age, duration of the hospitalization, Barthel index score when hospitalized, Barthel index score when discharged and Barthel index score difference.

Results: 1264 patients were assisted (60,7% females) with a progressive increase during the 8 years study, with an average age when hospitalized of 76 years, from Centro – Ensanche Teruel's area (75,6%), with a diagnosis of fracture/ replacement (35,5%), referred by geriatric outpatient appointments (31,3%) and Traumatology (21,2%), with an average duration of the hospitalization of 38 days and a functional gain according to the Barthel index score of 15 points. During the first two years, the average duration of the hospitalization was of 70 days. The diagnosis was mainly composed by brain damage (25,5%), dementia/ cognitive impairment (24,5%) and, relating to the service of origin, Rehabilitation (30,9%) and Hospital San José predominate.

Conclusion: during the years of study, there has been a progressive increase of the assisted patients, with a decrease of brain damage and dementia and an increase of fractures and replacements, gaining importance the services of Traumatology and geriatric outpatient appointments, leading to a decrease of the duration of the hospitalization.

Key words: patientprofile, Geriatric Day Hospital, Teruel.

INTRODUCCIÓN

Los adelantos científicos y sociales, la mejora en el desarrollo de las condiciones de vida en nuestro entorno, especialmente en la vivienda, la alimentación, la higiene y el saneamiento, y el desarrollo de los sistemas sanitarios han permitido que las poblaciones de las sociedades avanzadas, entre las cuales está la nuestra, hayan conseguido que la esperanza de vida se alargue de manera significativa. Al incrementarse la esperanza de vida, las personas viven cada vez más años, lo que provoca también un desarrollo de problemas de salud crónicos, que en muchas ocasiones conducen a una situación de dependencia con una gran necesidad de recursos sanitarios y sociales. ¹

A medida que las personas envejecen, su autonomía puede verse afectada ante la imposibilidad de poder realizar correctamente las actividades de la vida diaria. En muchas ocasiones esto puede ser origen de una o varias enfermedades crónicas, o consecuencia de la pérdida general de las funciones fisiológicas atribuibles al proceso general del envejecimiento. ²

El **hospital de día** supone una alternativa asistencial a la hospitalización convencional, favorece la continuidad de los cuidados y promueve una asistencia coordinada, ágil y ambulatoria sin los inconvenientes del ingreso ni la prolongación de la estancia hospitalaria.³ Según el Real Decreto 1277/2003, una unidad de hospitalización de día se define como: «Unidad asistencial donde, bajo la supervisión o indicación de un médico especialista, se lleva a cabo el tratamiento o los cuidados de enfermos que deben ser sometidos a métodos de diagnóstico o tratamiento que requieran durante unas horas atención continuada médica o de enfermería, pero no el internamiento en el hospital». ⁴

El **hospital de día geriátrico** (HDG) es un nivel asistencial hospitalario, diurno e interdisciplinario, que atiende a ancianos de la

comunidad (frágiles o geriátricos) que presentan alguna discapacidad con potencial de recuperación parcial o total, con el objetivo principal de posibilitar que sigan viviendo en su domicilio. ⁵

Se considera paciente geriátrico a aquel que cumple 3 o más de las siguientes condiciones: ⁶

- Habitualmente mayor de 75 años
- Presenta pluripatología
- Su enfermedad principal tiene tendencia a la invalidez física
- Hay patología mental acompañante o predominante
- Existe problemática social en relación con su estado de salud.

Los HDG ofrecen programas de intervenciones interdisciplinarias centrados en la rehabilitación a pacientes ambulatorios y actúan como puente entre el entorno hospitalario y la comunidad. En una revisión de estudios controlados de Cochrane Collaboration, se demuestra que los programas de intervención en los HDG son eficaces para reducir la mortalidad, el riesgo de institucionalización, los días de hospitalización y la presencia de discapacidad grave. ⁷

El número de HDG en nuestro país se encuentra muy por debajo de las necesidades reales, existiendo además una gran variabilidad territorial, y sin seguir las recomendaciones ya marcadas por el INSALUD en el año 1995 de un HDG por cada 200.000 habitantes. Ante una sociedad envejecida, no debe ser el anciano quien se acomode a un sistema asistencial no diseñado para él, en primer lugar porque no puede (disminución de la adaptabilidad) y, en consecuencia, esta exigencia lesiona los más elementales principios éticos y de calidad. Es, por tanto, el sistema sanitario el que debe adaptarse a las necesidades de su principal cliente: el anciano. ^{8,9}

Pero este grupo poblacional no es homogéneo, es decir, no todos los ancianos son iguales y las personas mayores pueden ser totalmente diferentes unas de otras, aunque éstas presenten edades similares. Es por ello por lo que en la práctica clínica se diferencian distintos perfiles de

ancianos. De ahí que sea imprescindible el estudio y conocimiento de dicho grupo poblacional en cuanto a su perfil sociodemográfico y sus características clínicas.

El motivo principal por el que hemos elegido realizar esta investigación ha sido el progresivo envejecimiento poblacional que existe en nuestra ciudad, ¹⁰ además de la ausencia de estudios previos sobre los pacientes geriátricos que acuden a este tipo de hospitales en Teruel.

OBJETIVOS

Describir la evolución del perfil de los pacientes atendidos en el HDG del Hospital San José desde el año 2005 hasta el año 2012.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo que recoge información acerca del perfil de los pacientes atendidos en el HDG del Hospital San José, dispositivo asistencial de Atención Socio Sanitario del Sector de Teruel que dispone de 46 plazas de hospitalización y 15 plazas para HD. El periodo de estudio fue del 1 de enero de 2005 hasta el 31 de diciembre de 2012.

La población diana está constituida por todos los pacientes atendidos en el HDG y que cumplen con los siguientes criterios de inclusión para el ingreso:

- Personas mayores de 65 años que necesiten recuperación funcional con criterios de reversibilidad:
 1. Síndrome de inmovilidad: personas con ingresos prolongados que han perdido masa muscular y personas con poca capacidad de movilización en su domicilio.
 2. ACV en la fase de recuperación funcional.
 3. Fracturas óseas en la fase postquirúrgica.
 4. Patología cardiorespiratoria: EPOC, cardiopatías, etc. con deterioro funcional asociado.
 5. Trastornos metabólicos: obesidad, diabetes, patología tiroidea con complejidad de tratamiento.

6. Personas con síntomas complejos que necesiten seguimiento y/o tratamiento rehabilitador, como enfermos de Parkinson y otras patologías neurológicas, caídas de repetición...
7. Personas mayores que necesiten la valoración, el seguimiento y la educación para la salud de manera intensiva y continuada a cargo de personal de enfermería para adaptarse al nuevo estado de salud.
8. Personas mayores que necesiten reeducación para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria.

La fuente de datos se obtiene de la base de datos del Hospital San José de Teruel, tomando como objeto de estudio las siguientes variables:

Variables sociodemográficas:

- Sexo: Variable cualitativa nominal dicotómica con dos categorías: masculino y femenino.
- Fecha de nacimiento: Variable cuantitativa discontinua.
- Zonas básicas de salud: Variable cualitativa nominal politómica con veinte categorías: Albarracín, Alcañiz, Alfambra, Aliaga, Baguena, Calamocha, Cedrillas, Cella, Huesca, Monreal del campo, Mora de rubielos, Mosqueruela, No Aragón, Santa Eulalia, Sarrión, Teruel Centro Ensanche, Teruel rural, Utrillas, Valencia, Villed.

Variables relacionadas con el ingreso:

- Fecha de ingreso: Variable cuantitativa discontinua.
- Fecha de alta: Variable cuantitativa discontinua.
- Edad al ingreso: Variable cuantitativa discontinua recogida a partir de la fecha de nacimiento y poniendo como fecha de corte el día en que se realizó el ingreso.
- Duración del ingreso: Variable cuantitativa discontinua recogida a partir de la fecha de ingreso y la fecha de alta.
- Diagnóstico agrupado: Variable cualitativa nominal politómica con trece categorías: Accidente cerebrovascular (ACV), cáncer, demencia/

deterioro cognitivo, esclerosis lateral amiotrófica (ELA)/Guillain-Barré (GB)/esclerosis múltiple (EM), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)/respiratorio, fractura/prótesis, otras patologías trauma, Parkinson/parkinsonismo, síndrome de inmovilidad, traumatismo craneoencefálico (TCE), Trastorno marcha/equilibrio, tumor, úlceras.

- Procedencia: Variable cualitativa nominal politómica con veintitrés categorías: Atención primaria, cardiología, CCEE geriatría, cirugía, digestivo, equipo de soporte de atención domiciliaria (ESAD), hematología, ingreso hospital San José (HSJ), medicina interna, nefrología, neumología, neurología, oncología, otros hospitales, paliativos, privados, psiquiatría, rehabilitación, traumatología, unidad del dolor, urgencias, urología, unidad de valoración sociosanitaria (UVSS).
- Barthel al ingreso: Variable cuantitativa discontinua.
- Barthel al alta: Variable cuantitativa discontinua.
- Diferencia de Barthel: Variable cuantitativa discontinua recogida a partir del Barthel al ingreso y el Barthel al alta.

Los datos son introducidos y analizados con el programa estadístico SPSS para Windows versión 20. Se realiza un análisis descriptivo de cada una de las variables, utilizando para la descripción de las variables cuantitativas la Mediana y el Intervalo intercuartil. A continuación se realiza un análisis estadístico para la comparación de variables mediante el uso de las siguientes pruebas: X², Asociación lineal por lineal, Anova, Test de Kruskal-Wallis, U de Mann-Whitney, considerándose resultados estadísticamente significativos si $p < 0,05$.

RESULTADOS

Durante el período 2005-2012 fueron atendidos 1.264 pacientes, que conforman por tanto nuestra población de estudio. Su distribución según el año de ingreso se detalla en el gráfico 1.

Edad y sexo

Disponemos de 1.264 datos válidos, 767 eran mujeres (60,7%) y 497 eran hombres (39,3%), con una mediana de edad al ingreso de 76 años (IQ=14 años).

En las distribuciones del sexo y la edad según el año de ingreso no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas (χ^2 , $p=0,246$), (Kruskal-Wallis, $p=0,127$).

La distribución de la edad según las categorías del diagnóstico presenta diferencias de manera significativa (kruskal-Wallis, $p=0,000$). La edad media de ACV es 69 años, la de fractura/prótesis y trastorno marcha/equilibrio 75 años. Los resultados se detallan en la tabla 1.

Duración ingreso

Disponemos de 1.264 datos válidos. Los pacientes atendidos presentaron una mediana de 38 días de ingreso (IQ=47 días).

La duración media del ingreso presenta diferencias de manera significativa según el año de ingreso (Kruskal-Wallis, $p=0,000$). La media en 2005 fue de 74 días, en 2009 de 53 días y en 2012 de 31 días. (Gráfico 2)

La distribución de la duración del ingreso es la misma entre las categorías del sexo (U de Mann-Whitney, $p=0,275$).

La duración media del ingreso presenta diferencias de manera significativa según las categorías del diagnóstico (Kruskal-Wallis, $p=0,000$). La duración media en ACV fue 67 días y en fractura/prótesis 44 días. Los resultados se detallan en la tabla 2.

Zonas básicas de salud

Analizando el lugar de procedencia del paciente atendido, según la zona básica de salud a la que pertenece, disponemos de 1.264 datos válidos

Evolución del perfil del paciente atendido en el Hospital de día geriátrico (San José de Teruel) desde el año 2005 hasta el año 2012

de los cuales 75,6% pacientes procedían de la zona Teruel Centro-Ensanche, 4,7% pacientes de la zona de Cella y 4,1% pacientes de la zona de Alfambra. (Gráfico 3)

El porcentaje de zonas básicas de salud según las categorías del año de ingreso no presenta diferencias de manera significativa (Asociación lineal, $p=0,392$).

Diagnósticos

Haciendo un análisis de los diagnósticos agrupados, disponemos de 1.264 datos válidos de los cuales 35,5% presentaron fractura/ prótesis, 16,7% presentaron ACV y 10,8% presentaron trastorno marcha/equilibrio. (Gráfico 4)

El porcentaje de diagnósticos según las categorías del año de ingreso presenta diferencias de manera significativa (Asociación lineal, $p=0,001$). En 2005 el 25,5% fueron ACV, en 2006 el 24,5% fueron demencia/deterioro cognitivo y el resto de años >25% fueron fractura/prótesis. Los resultados se detallan en la tabla 3.

El porcentaje de diagnósticos según las categorías del sexo presenta diferencias estadísticamente significativas (Asociación lineal, $p=0,000$). El 71% de fractura/prótesis fueron mujeres, el 58% de ACV hombres y el 55% de trastorno marcha/equilibrio mujeres. (Gráfico 5)

Servicio de procedencia

Analizando el servicio de procedencia que los derivó al hospital de día, disponemos de 1.264 datos válidos. Obtenemos que 31,3% pacientes procedían de CCEE de geriatría, 21,2% de traumatología, 18,1% de rehabilitación y 16% de ingreso en HSJ. (Gráfico 6)

El porcentaje de cada una de las categorías de procedencia presenta diferencias estadísticamente significativas según las categorías del año de

ingreso (Asociación lineal, $p=0,000$). En 2005 el 30,9% procedían de ingreso HSJ y en 2006 el 30,9% de Rehabilitación. Los resultados se detallan en la tabla 4.

Barthel

Disponemos de 773 datos válidos y 491 datos perdidos, éstos últimos debido a la falta de registro. Obtenemos una mediana de Barthel al ingreso de 65 (IQ= 35) y una mediana de Barthel al alta de 85 (IQ=25). La diferencia apreciada entre la mediana del índice de Barthel inicial y final es de 15 (IQ=20).

En la distribución de Barthel al ingreso según el año de ingreso, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas. (Kruskal-Wallis, $p=0,639$).

DISCUSIÓN

El análisis llevado a cabo, nos demuestra que el hospital de día ha tenido un considerable desarrollo durante los últimos años, que se ha traducido en un incremento notable del número de pacientes, que con anterioridad eran ingresados en unidades de hospitalización convencionales. En los 8 años de estudio se ha producido un incremento progresivo de pacientes atendidos, debido a la adecuada coordinación establecida entre el HDG y el resto de servicios; al tratarse de un resultado óptimo, sería conveniente continuar dentro de la misma línea. Esto nos hace pensar que sería interesante de cara al futuro, realizar un estudio sobre el índice de ocupación del hospital de día y la previsible evolución demográfica, de manera que nos podamos plantear si es necesaria una ampliación en el tipo de servicios ofrecidos, o incluso la implantación de otro Hospital de día en otra ubicación del Sector.

La población evaluada es mayoritariamente del género femenino, tal vez por la existencia de una mayor prevalencia de ciertas patologías en las mujeres, ¹¹ o por la mayor despreocupación por parte de los hombres a la

hora de acudir a las consultas, al considerar que su estado de salud es óptimo.¹² Predomina un rango de entre 62 y 90 años de edad, lo que es concordante con el perfil del envejecimiento poblacional.¹³ Aunque se trate de una unidad geriátrica, excepcionalmente y ante determinadas circunstancias y considerando los recursos que hay disponibles en el sector, se atienden a pacientes menores de 65 años, lo que nos hace pensar que sería interesante añadir otros recursos para pacientes no geriátricos. En otros estudios revisados, como el de Hernando L et al.³, se atienden pacientes con un rango de entre 15 y 89 años de edad, al tratarse de un Hospital de día general.

En nuestro estudio las patologías más frecuentes son fracturas y prótesis, ya que la prevalencia de estas patologías es mayor en mujeres mayores de 65 años,¹⁴ característica que predomina en nuestra población de estudio. Sin embargo en otros estudios como el de García MA et al.¹⁵, las principales afecciones fueron neoplasias (23,6%), anemia (17,7%), digestivas (17,1%) e infecciosas (8,5%), esto es debido a que se trata de un HD médico, que atiende a población derivada desde el área de hospitalización de medicina interna y de urgencias que requiere tratamiento médico, mientras que nuestro hospital de día atiende a una población anciana, que requiere valoración geriátrica, tratamientos de rehabilitación o cuidados sanitarios. En nuestro caso sería conveniente llevar a cabo programas de fortalecimiento muscular y reentrenamiento del equilibrio, así como una evaluación y modificación de los riesgos en el hogar. De esta manera se pueden evitar o reducir sucesos tales como caídas y golpes, que provocan mayoritariamente las fracturas en personas mayores.^{16,17}

El lugar de procedencia tiene un predominio en la zona de Teruel Centro-Ensanche, esto puede deberse a la mayor proximidad que existe con el HD o al mayor número de habitantes en la ciudad en comparación con sus municipios. Encontramos similitudes con otros estudios, como el de Hernando L et al.³, en el que el 77,8% procedían del medio urbano. Sería conveniente proporcionar facilidades para lograr una mayor accesibilidad desde el medio rural, equiparando así el número de accesos desde ambos medios.

Dentro del servicio de procedencia predominan el servicio de CCEE de geriatría, que no es de extrañar ya que nuestro HD es un servicio geriátrico y está destinado a atender a este tipo de pacientes; y el servicio de traumatología, que tras el establecimiento de una mayor conexión y colaboración con este servicio en el área de ortogeriatría, son cada vez más los pacientes que se derivan a HD. Sin embargo, en el estudio de García MA et al. ¹⁵, el 44,2% de los pacientes procedían del servicio de medicina interna, a diferencia del nuestro que representan solo un 2,1%. Creemos que nuestro hospital de día está infrutilizado por dicho servicio al no tratarse de un HD médico.

La duración del ingreso ha disminuido considerablemente a lo largo de los años de estudio, pasando de una media de 70 días a una media de 30 días, debido al trabajo más estandarizado, protocolizado y multidisciplinar, y a la efectividad de las actividades llevadas a cabo. En futuros estudios podría realizarse un análisis de las técnicas realizadas con cada paciente y sus costes, para comprobar si además de efectivas son eficientes, y hacer un análisis económico del HD, llevando a cabo un cálculo de los valores que supondrían en caso de hospitalización convencional y el ahorro estimado. En el estudio de Hernandez L et al. ³, se demuestra que el hospital de día es rentable, debido al ahorro generado respecto a la hospitalización convencional.

Entre las limitaciones del presente estudio, cabe destacar la falta de registro del Índice de Barthel. La ausencia del mismo nos hace pensar que posiblemente se trate de un problema de registro o archivo, dada la importancia que tiene esta escala en una unidad como la nuestra. Pero también cabe la posibilidad de que sea el personal sanitario el que no realiza dicha escala en el transcurso de la atención al paciente, por lo que sería necesario establecer medidas que garanticen un correcto registro, con la intervención de varios profesionales, realizándolo a todo paciente remitido a HD en el momento de su ingreso y al alta, momento en el que se tiene que evidenciar la mejora de los aspectos clínicos y funcionales que motivaron el ingreso.

A pesar de nuestras limitaciones, hemos obtenido una ganancia funcional total de 15 puntos en el Índice de Barthel, quedando así demostrada la eficiencia de la actividad llevada a cabo en nuestro HD. En el estudio de López R et al. ¹⁸, realizado en una unidad de rehabilitación domiciliaria, la diferencia de Barthel obtenida es la misma. Sería interesante realizar en estudios posteriores un análisis del nivel funcional y la capacidad de marcha a los 6 meses del ingreso. En estudios revisados como el de Varas-fabra F et al. ¹⁹, el nivel funcional se mantiene a los 6 meses de finalizar el tratamiento, pero la mejora en la capacidad de la marcha disminuye a lo largo del tiempo.

De cara al futuro sería interesante establecer una mayor colaboración con Atención Primaria, servicio que ofrece atención domiciliaria, de manera que podamos tener un mayor acceso a las personas del medio rural, que a día de hoy acuden a nuestro HD en menor medida. También sería interesante ampliar este servicio en un Hospital de día general, que atendiera a pacientes de otros perfiles, que no fueran únicamente geriátricos, promoviendo una asistencia coordinada, ágil y ambulatoria.

CONCLUSIÓN

En este estudio, predomina el perfil clínico de paciente mujer de 76 años de edad, procedente de la zona urbana de Teruel, que en los dos primeros años presenta un diagnóstico de ACV y demencia o deterioro cognitivo, derivado a través del Hospital San José tras un ingreso o a través de Rehabilitación, con una estancia media de 70 días. Tras los dos años, presenta un aumento de fracturas y prótesis, adquiriendo una mayor importancia los servicios de procedencia CCEE de geriatría y Traumatología, con una duración media del ingreso de 30 días, presentando un índice de Barthel al ingreso de 65 puntos y al alta de 85 puntos.

En los años estudiados se ha producido un aumento progresivo de pacientes atendidos, por lo tanto podemos concluir que el HDG, en nuestro Sector, es un recurso sanitario definitivamente implantado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adrover RM, Fuster J, Pomar J, Gómez P, Castaño E. Plan de acciones sanitarias en el ámbito sociosanitario del Servicio de Salud 2010-2014. Islas Baleares: Consejería de Salud y Consumo y Servicio de Salud; 2010.
2. Álvarez M, Bertone C. Factores contextuales y enfermedades que favorecen la dependencia. Villa María- Villa Nueva, 2008-09. En: X Jornadas argentinas de estudios de población. San Fernando del Valle de Catamarca: AEPA; 2009.
3. Hernando L, Hinojosa C, González E, González I, Arana J, Muñoz MF. Rentabilidad de un hospital de día: análisis de actividad, coste y eficacia. Gac Sanit. 2012; 26(4): 360-365.
4. Grupo de Trabajo para la elaboración de «Estándares y recomendaciones de HdD». Hospital de Día: Estándares y Recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
5. Mercedes L, Pérez B, Rodríguez F. Niveles asistenciales y nivel de evidencia. En: Gil P, coordinador. Manual del residente en geriatría. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; 2011. p. 27-36.
6. Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de calidad del Sistema Nacional de Salud. Manual de definiciones estadística de Centros sanitarios de atención especializada C2 sin internamiento. [Internet]. Madrid; 2011. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/DEFINICIONES_C2.pdf.
7. Forster A, Young J, Lambley R, Langhorne P. Medical day hospital care for the elderly versus alternative forms of care. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2008; (4): 1-47.

8. García A, Gómez J, Maturana N, Ramírez R, Rodríguez A, Ruipérez I, et al. Análisis y evaluación de la red de servicios sanitarios dedicados a la dependencia: programas de prevención, atención domiciliaria y hospitalización. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2005.
9. Fernández M, Solano JJ. Niveles asistenciales en geriatría. En: Tratado de Geriatria para Residentes. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2007. p. 83-87.
10. Instituto Aragonés de Estadística [sede Web]. Zaragoza [acceso el 20 de octubre de 2013]. Disponible en: <http://www.aragon.es/iaest>
11. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Informe sobre las mujeres mayores en España. Madrid: IMSERSO; 2011.
12. Urbanos R. Determinantes de salud y utilización de servicios sanitarios: un análisis de desigualdad desde la perspectiva de género. Presup gasto público. 2011; 64(3): 117-130.
13. Abellán A, Vilches J, Pujol R. Un perfil de las personas mayores en España, 2014: Indicadores estadísticos básicos. Informes envejecimiento en red [Internet] 2014 febrero. [Acceso 19 de Marzo de 2014]; (6). Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/estadisticas/indicadores/indicadoresgenerales/indicadoresbasicos/2014/enred-indicadoresbasicos14.pdf>
14. Areosa A, Avellana JA, Buitrago M, Conejo A, De la Torre MA, Isaac M et al. Guía de buena práctica clínica en geriatría: anciano afecto de fractura de cadera. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Sociedad Española de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Madrid: Elsevier; 2007.
15. García MA, Moya R, Villar J, Sánchez FJ. Hospital de día médico como alternativa a la hospitalización convencional en un servicio de medicina interna de un hospital comarcal. An Med Intern. 2007; 24: 613-14.

16. Duaso E, Casas A, Formiga F, del Nogal M, Salva A, Marcellán T, et al. Unidades de prevención de caídas y de fracturas osteoporóticas. Propuesta del Grupo de Osteoporosis. Caídas y Fracturas de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2011; 46 (5): 268-74.

17. Tebé C, Del Rio L, Casas L, Estrada M, Kotzeva A, Gregório S, et al. Factores de riesgo de fracturas por fragilidad en una cohorte de mujeres españolas. Gac Sanit. 2011; 25(6): 507-512.

18. López-Liria R, Padilla D, Catalán D, Arrebola C, Garrido P, Martínez MC. Análisis de la actividad en las unidades móviles de rehabilitación-fisioterapia en atención primaria. Aten Primaria. 2010; 42(5): 278-83.

19. Varas-Fabra F. Pérula L, Heredia A, Mayordomo F. Nivel funcional y capacidad de marcha en ancianos con fractura de cadera a los seis meses de un programa de rehabilitación domiciliaria. Rehabilitación (Madr). 2010; 44(1): 25-31.

Evolución del perfil del paciente atendido en el Hospital de día geriátrico
(San José de Teruel) desde el año 2005 hasta el año 2012

Anexo I. Escala de actividades básicas de la vida diaria (Barthel)

ACTIVIDAD	CATEGORÍAS	PUNTOS
1. Alimentación	Independiente	10
	Necesita ayuda (pelar fruta, triturar)	5
	Necesita que le den de comer	0
2. Baño	Independiente (excluir la espalda)	5
	Necesita ayuda	0
3. Aseo personal	Independiente	5
	Necesita ayuda	0
4. Vestirse	Independiente	10
	Con ayuda	5
	Totalmente dependiente	0
5. Uso del W.C.	Independiente	10
	Con ayuda (mínima, puede limpiarse solo)	5
	Totalmente dependiente	0
6. Transferencia silla/cama	Independiente	15
	Mínima ayuda (supervisión, pequeña ayuda)	10
	Ayuda importante (con soporte de peso)	5
	Totalmente dependiente	0
7. Desplazamientos	Capaz de caminar por terreno llano 50m	15
	Necesita supervisión, pequeña ayuda o usa caminador	10
	Capaz de autopropulsar la silla de ruedas	5
	Incapaz de desplazarse	0
8. Control de esfínter anal	Continente	10
	Algún episodio accidental (<1/semana)	5
	Incontinencia habitual	0
9. Control de esfínter urinario	Continente (si lleva SV vacía la bolsa)	10
	Algún episodio accidental (<1/día)	5
	Incontinencia habitual	0
10. Escaleras	Autónomo para subir/bajar escaleras	10
	Necesita ayuda	5
	Incapaz	0
Puntuación total:		

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

Resultado	Grado de dependencia
<20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

ANEXO II. Gráficas

Gráfico 1. Distribución de los pacientes atendidos según el año de ingreso.

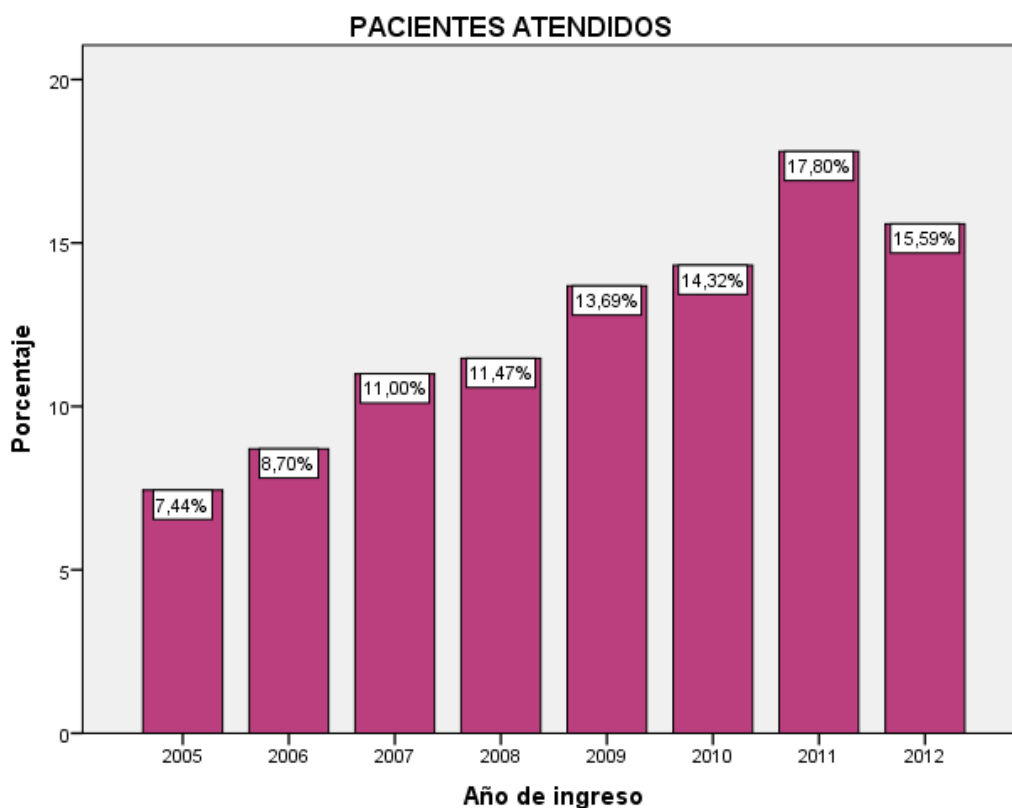


Gráfico 2. Distribución de la duración del ingreso según el año de ingreso.

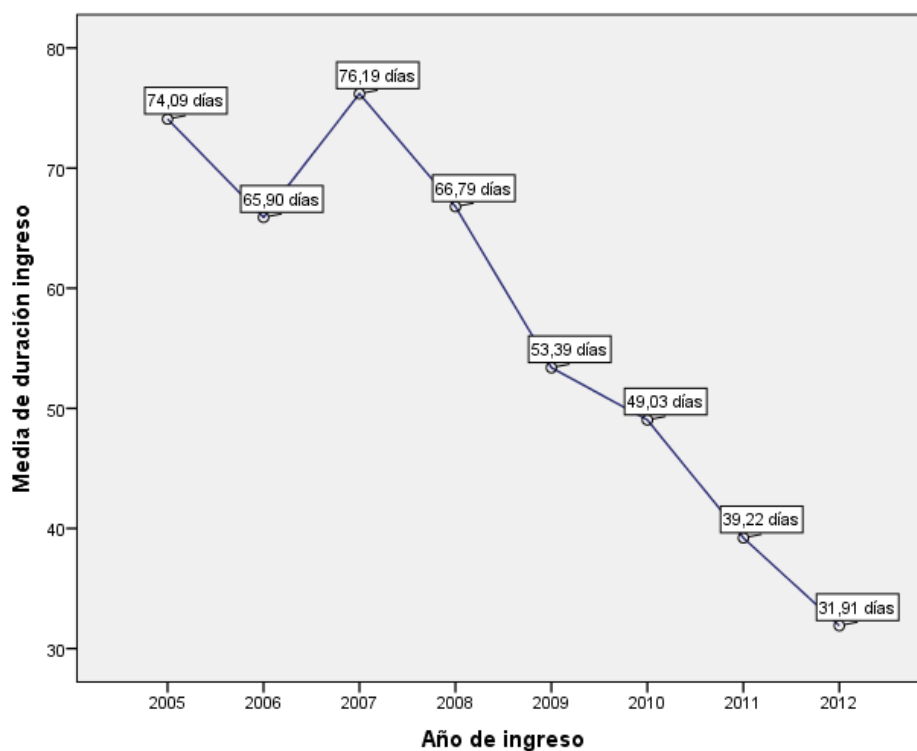


Gráfico 3. Porcentaje de las zonas básicas de salud.

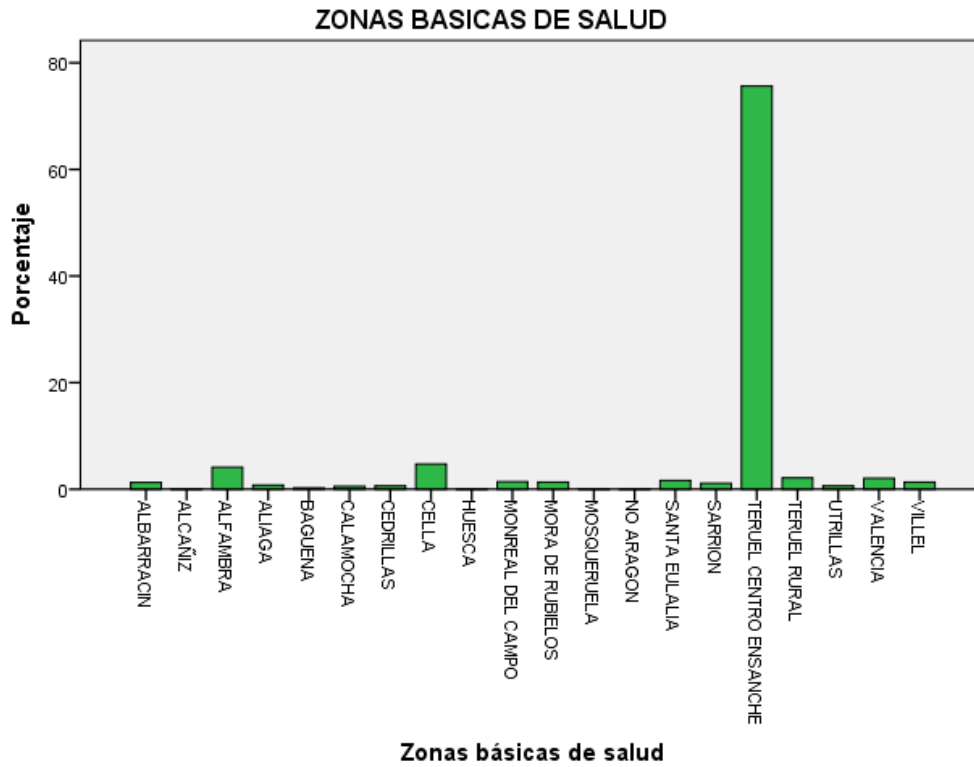


Gráfico 4. Porcentaje de los diagnósticos agrupados.

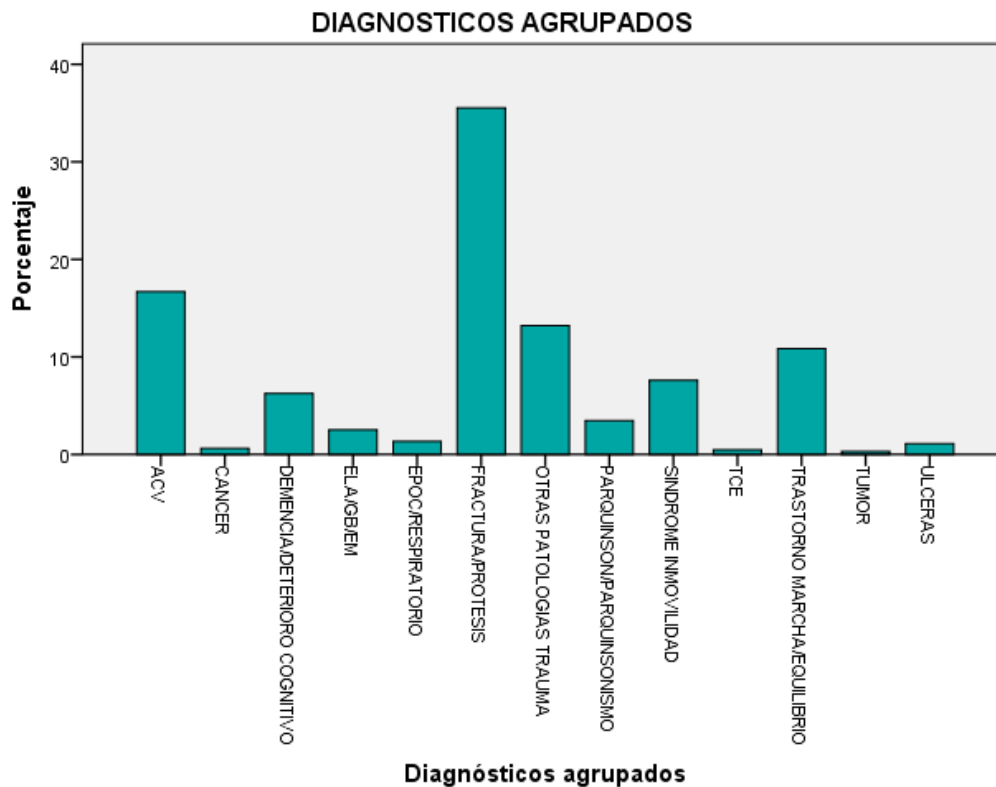


Gráfico 5. Distribución de los diagnósticos agrupados según el sexo.

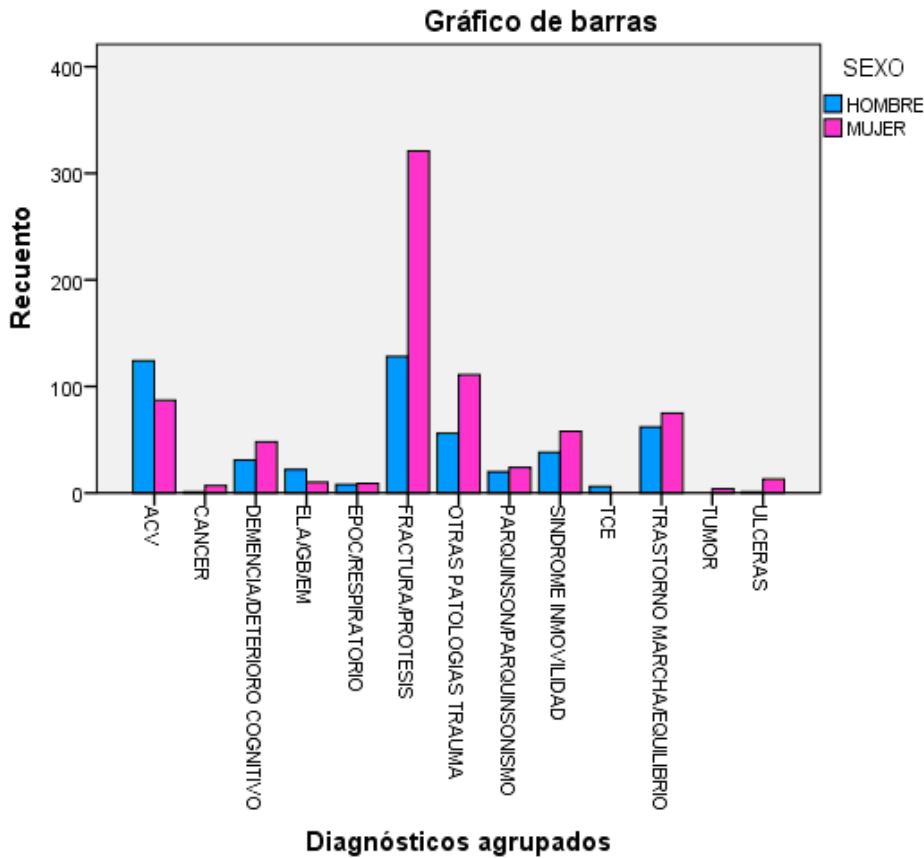
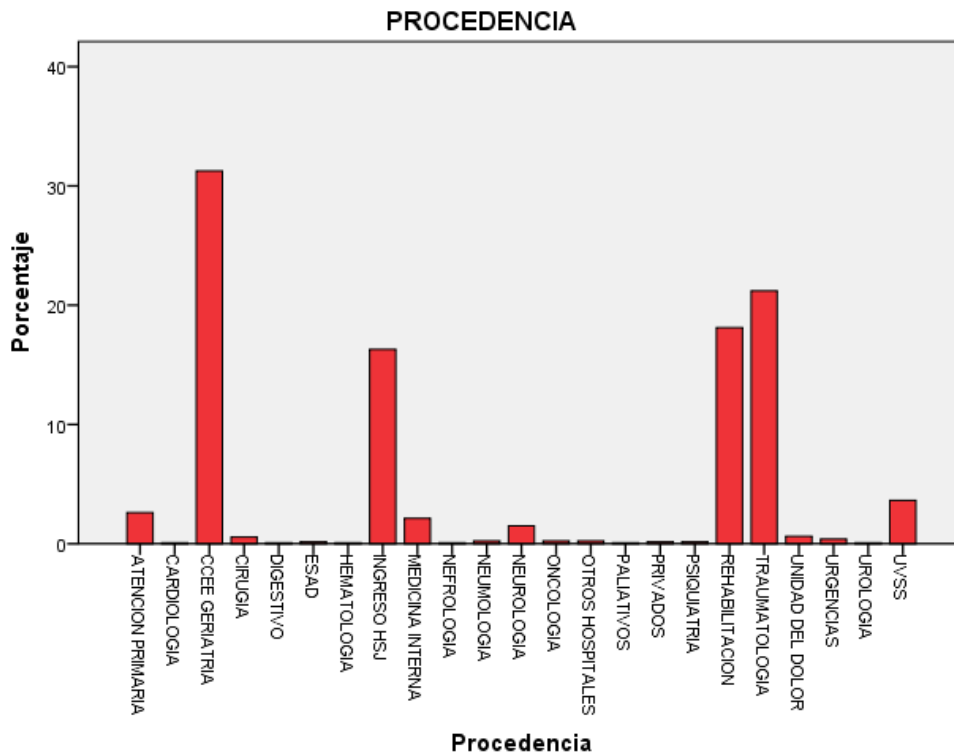


Gráfico 6. Porcentaje de los servicios de procedencia.



ANEXO III. Tablas

Tabla 1. La media de edad al ingreso según el diagnóstico.

EDAD AL INGRESO

	N	Media (años)
ACV	211	69,36
CANCER	8	61,88
DEMENCIA/DETERIORO COGNITIVO	79	78,76
ELA/GB/EM	32	55,34
EPOC/RESPIRATORIO	17	71,06
FRACTURA/PROTESIS	449	75,08
OTRAS PATOLOGIAS TRAUMA	167	65,55
PARQUINSON/PARQUINSONISMO	44	77,39
SINDROME INMOVILIDAD	96	78,95
TCE	6	38,50
TRASTORNO MARCHA/EQUILIBRIO	137	75,64
TUMOR	4	49,75
ULCERAS	14	76,36
Total	1264	72,65

Tabla 2. La media de la duración del ingreso según el diagnóstico.

DURACIÓN INGRESO

	N	Media (días)
ACV	211	67,71
CANCER	8	65,13
DEMENCIA/DETERIORO COGNITIVO	79	53,72
ELA/GB/EM	32	76,31
EPOC/RESPIRATORIO	17	34,76
FRACTURA/PROTESIS	449	44,11
OTRAS PATOLOGIAS TRAUMA	167	56,52
PARQUINSON/PARQUINSONISMO	44	70,23
SINDROME INMOVILIDAD	96	42,49
TCE	6	84,50
TRASTORNO MARCHA/EQUILIBRIO	137	52,22
TUMOR	4	47,00
ULCERAS	14	97,29
Total	1264	53,57

Evolución del perfil del paciente atendido en el Hospital de día geriátrico
(San José de Teruel) desde el año 2005 hasta el año 2012

Tabla 3. Porcentaje de los diagnósticos agrupados según el año de ingreso.

DIAGNÓSTICO	AÑO DE INGRESO								Total
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
ACV	25,5%	22,7%	13,7%	20,7%	19,1%	14,9%	15,1%	9,6%	16,7%
CANCER	1,1%	1,8%	0,7%	0,7%	1,2%	0,0%	0,4%	0,0%	0,6%
DEMENCIA/DETERIORO COGNITIVO	11,7%	24,5%	7,2%	1,4%	8,7%	4,4%	0,9%	2,0%	6,2%
ELA/GB/EM	0,0%	0,9%	0,7%	2,1%	1,7%	1,1%	3,6%	7,1%	2,5%
EPOC/RESPIRATORIO	1,1%	0,0%	2,2%	0,7%	1,2%	1,1%	2,2%	1,5%	1,3%
FRACTURA/PROTESIS	16,0%	17,3%	25,9%	31,7%	31,8%	45,3%	44,4%	48,7%	35,5%
OTRAS PATOLOGIAS TRAUMA	18,1%	10,9%	15,8%	17,9%	13,9%	12,7%	12,0%	8,1%	13,2%
PARQUINSON/ PARQUINSONISMO	6,4%	8,2%	8,6%	5,5%	1,7%	0,6%	0,9%	1,5%	3,5%
SINDROME INMOVILIDAD	12,8%	7,3%	7,9%	7,6%	6,4%	8,3%	5,3%	8,1%	7,6%
TCE	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	2,5%	0,5%
TRASTORNO MARCHA/EQUILIBRIO	6,4%	4,5%	15,8%	10,3%	12,7%	11,6%	12,9%	8,6%	10,8%
TUMOR	0,0%	1,8%	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%	0,4%	0,0%	0,3%
ULCERAS	1,1%	0,0%	1,4%	1,4%	1,2%	0,0%	1,3%	2,0%	1,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Evolución del perfil del paciente atendido en el Hospital de día geriátrico
(San José de Teruel) desde el año 2005 hasta el año 2012

Tabla 4. Porcentaje de los servicios de procedencia según el año de ingreso.

PROCEDENCIA	AÑO DE INGRESO								Total
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
ATENCION PRIMARIA	0,0%	3,6%	5,0%	6,9%	0,6%	4,4%	1,3%	0,0%	2,6%
CARDIOLOGIA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%	0,1%
CCEE GERIATRIA	19,1%	39,1%	59,7%	27,6%	50,9%	23,2%	20,0%	18,3%	31,2%
CIRUGIA	0,0%	0,0%	0,0%	2,1%	0,6%	0,6%	0,4%	0,5%	0,6%
DIGESTIVO	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
ESAD	0,0%	0,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%	0,2%
HEMATOLOGIA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,1%
INGRESO HSJ	30,9%	7,3%	11,5%	21,4%	21,4%	15,5%	11,6%	15,7%	16,3%
MEDICINA INTERNA	1,1%	2,7%	1,4%	2,1%	1,7%	1,7%	3,1%	2,5%	2,1%
NEFROLOGIA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,1%
NEUMOLOGIA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	1,0%	0,2%
NEUROLOGIA	0,0%	4,5%	0,7%	0,0%	1,2%	1,1%	3,6%	0,5%	1,5%
ONCOLOGIA	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%	0,0%	0,0%	0,9%	0,0%	0,2%
OTROS HOSPITALES	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%	0,6%	0,0%	0,4%	0,0%	0,2%
PALIATIVOS	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
PRIVADOS	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,2%
PSIQUIATRIA	0,0%	0,0%	0,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,2%
REHABILITACION	17,0%	30,9%	17,3%	23,4%	7,5%	20,4%	17,8%	15,7%	18,1%
TRAUMATOLOGIA	3,2%	7,3%	2,9%	12,4%	8,7%	28,2%	37,8%	42,6%	21,2%
UNIDAD DEL DOLOR	1,1%	0,9%	0,0%	0,7%	1,2%	1,1%	0,4%	0,0%	0,6%
URGENCIAS	2,1%	0,9%	0,0%	0,7%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,4%
UROLOGIA	0,0%	0,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
UVSS	25,5%	0,9%	0,7%	0,0%	5,2%	2,8%	0,9%	2,0%	3,6%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%