

CARGA SANITARIA Y MULTIMORBILIDAD DE LAS PERSONAS MAYORES ATENDIDAS EN CENTROS RESIDENCIALES Y SOCIOSANITARIOS

HEALTH BURDEN AND MULTIMORBIDITY IN PEOPLE LIVING IN SKILLED NURSING HOME CARE FACILITIES

Josep PASCUAL, Iciar ANCIZU, Constanza DAIGRE,
Mónica DE LAS HERAS, María Dulce FONTANALS

Resumen

El objetivo del presente artículo es evidenciar el perfil sanitario de los usuarios atendidos en centros residenciales y sociosanitarios, considerando variables sociodemográficas, clínicas (múltiples patologías, capacidad funcional, deterioro cognitivo, riesgo de úlceras y de caídas) y variables asociadas a la carga de enfermería. Se analizaron los datos de las historias clínicas informatizadas de 3.691 usuarios ingresados durante 2012. Los resultados obtenidos revelan que los centros residenciales se enfrentan a una labor compleja por la elevada multimorbilidad, polifarmacia, dependencia funcional, deterioro cognitivo y necesidades específicas de cuidados sanitarios y sociales de los usuarios atendidos. Los datos expuestos muestran el papel sanitario de los centros residenciales especializados que se configuran como un nivel intermedio de atención cuya labor debería ser acreditada.

Palabras clave: *multimorbilidad, índice de Charlson, personas mayores, dependencia, centros residenciales y sociosanitarios.*

Summary

This paper shows the health profile of users cared for in skilled nursing home care facilities, considering sociodemographic variables, clinical variables (multiple pathologies, functional capacity, cognitive impairment, risk of ulcers and falls) and variables associated with nursing burden. Data from computerized clinical records of 3,691 users admitted during 2012 were analysed. Results re-

veal that skilled nursing home care facilities face a complex task due to users' high multimorbidity, polypharmacy, functional dependency, cognitive impairment and specific health care needs. Data demonstrate the health role of skilled nursing home care facilities that function as an intermediate level of care whose work should be recognised.

Keywords: *multimorbidity, Charlson index, elderly, dependency, skilled nursing home care facilities.*

Introducción

El incremento de la esperanza de vida no necesariamente se acompaña del aumento de años de vida en salud (Escobar, Puga y Martin, 2012; Christensen, Doblhammer, Rau y Vaupel, 2009). La multimorbilidad es frecuente y aumenta con la edad. Las personas mayores suelen acumular múltiples patologías (Rizza *et al.*, 2012; Palomo, Rubio y Gervas, 2006; Fortin, Bravo, Hudon, Vanasse y Lapointe, 2005; Wolff, Starfield y Anderson, 2002; Van den Akker, Buntinx, Metsemakers, Roos y Knottnerus, 1998).

La multimorbilidad torna más complejas las propias enfermedades, el proceso diagnóstico, el tratamiento, el pronóstico, la utilización de los servicios y los resultados de salud (Palomo, Rubio y Gervas, 2006). La multimorbilidad se relaciona con mayor mortalidad, más discapacidad, peor estatus funcional, peor calidad de vida, polifarmacia (Damián, Valderrama-Gama, Rodríguez-Artalejo y Martín-Moreno, 2004) y más efectos adversos de la medicación (Salive, 2013). Este escenario resulta ser un desafío para los sistemas de salud (Starfield *et al.*, 2003), cobrando relevancia la coordinación y colaboración entre los diferentes equipos sanitarios y sociales (Rosen y Ham, 2008; Ham, C. 2008).

Se ha descrito que las mujeres no solo tienen mayor esperanza de vida, sino que se caracterizan por presentar más enfermedades crónicas, mayor proporción de discapacidad, peor autopercepción de su salud y son destinatarias de más cuidados sanitarios, tanto en domicilio como en centros residenciales (Vos, Bor, Rangelrooij-Minkels, Schellevis y Lagro-Janssen, 2013; Rodríguez, Huber y Lamura, 2012).

El rol de los centros residenciales ha experimentado un gran cambio. En la actualidad han dejado de ser centros a los que las personas mayores van a *residir*, para convertirse en centros especializados donde se proporcionan cuidados sociosanitarios integrales que priman sobre los cuidados exclusivamente sociales. Los cambios demográficos, de patrones sociofamiliares, la cronificación de múltiples enfermedades y la dependencia han contribuido a aumentar las necesidades de especialización y exigir un carácter más sanitario a los centros residenciales.

Son escasos los estudios que han analizado de manera sistemática el perfil de los usuarios que viven en centros residenciales (Damián, Valderrama-Gama, Rodríguez-Artalejo y Martín-Moreno, 2004; Ribbe *et al.*, 1997). Los estudios

que describen el estado general de salud de los mayores usualmente no incluyen población institucionalizada, se realizan en residencias únicas o abordan enfermedades específicas sin tratar la comorbilidad.

El objetivo del presente estudio es evidenciar el perfil sanitario de los usuarios atendidos en centros residenciales y sociosanitarios distribuidos por todo el territorio nacional, considerando variables sociodemográficas, clínicas (múltiples patologías, capacidad funcional, deterioro cognitivo, riesgo de úlceras y de caídas) y variables asociadas a la carga de enfermería.

Método

Se analizan las historias asistenciales informatizadas de 3.691 usuarios ingresados en 49 Centros SARquavita (47 residenciales, de los cuales 3 tienen plazas de convalecencia y 2 centros son sociosanitarios), ubicados en 14 Comunidades Autónomas españolas. El 63,3% de las plazas son públicas o concertadas, el resto son plazas privadas. Los datos incluidos corresponden a la evaluación realizada al ingreso de los usuarios, entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2012.

La información se obtuvo a partir del sistema de información asistencial GCR (Gestión de Centros Residenciales), que permite disponer, en un entorno web, de los datos de la historia asistencial informatizada registrados por los propios profesionales, todos con el mismo modelo asistencial. Los criterios de inclusión fueron: constar como ingreso en la historia asistencial durante el año 2012, tener más de 65 años, disponer de la valoración multidisciplinar (los equipos son interdisciplinarios, altamente especializados y compuestos basándose en las necesidades sanitarias por médicos, diplomados universitarios en enfermería, auxiliares de clínica y de geriatría, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales) y que conste en la historia clínica el diagnóstico principal según el CIE 9.

Las variables e instrumentos utilizados son los siguientes: variables sociodemográficas incluyendo edad, nivel de estudios, estado civil y procedencia. Variables clínicas: índice de comorbilidad de Charlson de la versión mejorada de Quan *et al.* (2005) (ver tabla 1), número de diagnósticos (incluyendo uno principal y hasta nueve secundarios), número de fármacos en los primeros 15 días de ingreso, motivo de alta, capacidad funcional evaluada mediante el índice de Barthel, estado cog-

nitivo evaluado mediante Mini-mental State Examination de Folstein (MMSE), riesgo de úlceras por presión medido con la escala de Norton, marcha y equilibrio evaluado con la escala de Tinetti y estado nutricional evaluado con la escala Mini Nutritional Assessment (MNA).

Además, se contemplaron las siguientes variables que dan cuenta de la carga de enfermería respecto a la complejidad y cuidado de los residentes, incluyendo necesidad de dieta especial (sin sal, suplemento nutricional o astringente), vía de alimentación, incontinencia, monitorización de spO_2 , monitorización de la glucemia, sonda permanente, oxigenoterapia, traqueotomía, secreciones, vendajes en los pies y apósitos, vía farmacológica excluyendo la oral y úlceras por presión.

Tabla 1. Índice de comorbilidad de Charlson (ICCh)

Diseñado originalmente para predecir mortalidad, se basa en 19 enfermedades crónicas a las cuales otorga diferentes puntuaciones en función de la gravedad.	
1 punto	<ul style="list-style-type: none"> Infarto de miocardio Insuficiencia cardíaca congestiva Enfermedad vascular periférica Enfermedad cerebrovascular Demencia Enfermedad respiratoria crónica Enfermedad del tejido conectivo Úlcera péptica Hepatopatía leve Diabetes mellitus sin evidencia de afectación de órganos diana
2 puntos	<ul style="list-style-type: none"> Hemiplejía Insuficiencia renal crónica moderada severa Diabetes con afectación de órganos diana Tumor sin metástasis Leucemia Linfoma
3 puntos	Enfermedad hepática moderada o severa
6 puntos	<ul style="list-style-type: none"> Tumor sólido con metástasis Sida (no únicamente HIV positivo)

Proceso de análisis

En primer lugar, se realizó la estadística descriptiva (media, desviación estándar, mediana, tablas de frecuencia) de las variables incluidas en el estudio. Al tratarse de un estudio descriptivo no se realizó cálculo del tamaño muestral, aceptándose una muestra de conveniencia. Posteriormente, se analizaron los datos a nivel bivariado. Con el fin de comparar distintas variables en función del sexo se utilizó el estadístico Chi Cuadrado en el caso de variables categóricas y la prueba *t* de Student en el caso de variables continuas. Para realizar comparaciones en función de los cuatro grupos establecidos del índice de Charlson, se utilizó el estadístico Chi Cuadrado para variables categóricas y ANOVA para continuas. Los datos se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS versión 20. En todos los casos se admitió significación estadística para $p < 0,05$.

Resultados

Características sociodemográficas.

La edad media de los usuarios es cercana a los 84 años, siendo la edad media de las mujeres mayor que la de los hombres. La mayoría de la muestra procede de su domicilio y un 24,4% de un hospital de agudos. La mayoría de los usuarios son viudos y las mujeres en una mayor proporción que los hombres. Cerca del 60% de los residentes refieren estudios primarios, destacando que los hombres presentan estudios secundarios en mayor proporción. El motivo de alta más frecuente es la vuelta al domicilio propio, el 15,3% de la muestra falleció durante el año de seguimiento, presentando los hombres mayor proporción de fallecimientos.

Tabla 2. Características sociodemográficas en función del sexo

		Total (n=3.691)	Mujeres (n=2.459)	Hombres (n=1.232)	t	χ^2
Edad media (DT)		83,5 (7,1)	84,5 (6,8)	81,7 (7,3)	11,05**	
Procedencia (en %)	Hospital de agudos	24,4	23	27		13,57**
	Otro recurso sanitario	16,1	15,6	17,3		n.s.
	Domicilio	30,1	31,84	26,7		n.s.
	Otro centro residencial	29,4	29,6	28,9		n.s.
Estado civil (en %)	Casado	28,6	18,8	48,1		5007,1**
	Divorciado o soltero	16,9	13,8	23,1		n.s.
	Viudo	54,5	67,4	28,8		n.s.
Nivel de estudios (en %)	Analfabeto	30,7	29,6	33		65,7**
	Primarios o menos	58,7	62,5	50,9		n.s.
	Secundarios o superiores	10,6	7,9	16,1		n.s.
Motivo de alta (en %)	<i>Exitus</i>	15,3	13,1	19,9		49,1**
	Destinación al propio domicilio	25,2	26,8	21,8		n.s.
	Traslado a otra plaza sociosanitaria	2,7	2,6	2,8		n.s.
	Traslado a un hospital de agudos	2,8	2,5	3,2		n.s.
	Traslado a una residencia social	8,8	8,1	10,2		n.s.

*p<0.05; **p<0.01

Características clínicas y variables asociadas a la carga de enfermería en función del sexo.

Las puntuaciones obtenidas mediante el ICCh indican que la media del total de la muestra es 0,93, siendo más elevadas las puntuaciones en el caso de los hombres. De manera congruente, la media de diagnósticos por residente es de 4,1, el 89,8% de la población estudiada presenta 2 o más diagnósticos y son los hombres quienes tienden a acumular más diagnósticos. La media del número de fármacos al ingreso es 8,9, sin encontrarse diferencias en función del sexo.

Las puntuaciones del índice de Barthel indican que el 67,8% presenta dependencia grave o total, observándose que las mujeres tienden a presentar peor capacidad funcional. El 78% presenta algún grado de deterioro cognitivo detectado mediante el MMSE, se observa que las mujeres presentan peores resultados. Al evaluar tanto el riesgo de úlceras por presión como el riesgo de caídas, se observa que las mujeres presentan mayor riesgo.

Al centrarnos en las variables asociadas a la carga de enfermería, se observa que el 61% requiere dieta especial y que un 1,4% necesita ser alimentado por sonda. Las mujeres presentan incontinencia urinaria con mayor frecuencia y no hay diferencias en función del sexo respecto a la incontinencia fecal, ni respecto a la necesidad de monitorización de spO_2 . Los hombres tienen más probabilidad de requerir monitorización de la glucemia, sonda permanente y oxigenoterapia, traqueotomía o aspiración de secreciones. Las mujeres suelen necesitar con más frecuencia el cuidado de vendajes en los pies y apósitos. Respecto a las vías de aplicación farmacológica, en ambos sexos predomina la vía inyectada, sin embargo, se observa que las mujeres suelen requerir más fármacos vía tópica y los hombres más vía inhalado a nebulizada. En cuanto a las úlceras por presión al ingreso, se encuentra que un 28,2% de la muestra presenta úlceras grado II a IV y no se observan diferencias significativas al comparar entre hombres y mujeres.

Tabla 3. Características clínicas y variables asociadas a la carga de enfermería en función del sexo

		Total (n=3.691)	Mujeres (n=2.459)	Hombres (n=1.232)	t	χ^2
Variables clínicas						
Media ICCh (DT)		0,93 (1,2)	0,81 (1,1)	1,2 (0,4)	7,64**	
Media número de diagnósticos (DT)		4,1 (2.2)	4,2 (2.2)	4 (2.2)	2,36*	
Media número de fármacos (DT)		8,9 (4,7)	8,9 (4,7)	9 (4,5)	0,37	
Capacidad funcional (Barthel) (en %)	Independientes (100)	4,8	3,9	6,5		19,5**
		2,8	2,7	3	n.s.	
	Dependencia leve (91-99)	24,6	23,5	26,6	n.s.	
	Dependencia moderada (61-90)	36,2	37,4	33,8	n.s.	
Dependencia grave (21-60)	31,6	32,5	30	n.s.		
Dependencia total (0-20)						
Deterioro cognitivo (MMSE) (en %)	Demencia (≤ 11)	33,7	35	31,2		15,9**
	Deterioro cognitivo (12-24)	44,3	44,9	43,1	n.s.	
	No deterioro cognitivo (25-30)	22	20,1	25,8	n.s.	
UPP (Norton) (en %)	≤ 14 riesgo alto	44,4	45,2	42,9	n.s.	n.s.
	≥ 15 riesgo medio o bajo	55,6	54,8	57,1	n.s.	
Marcha y equilibrio (Tinetti) (en %)	≤ 18 riesgo alto de caídas	70,4	72,7	65,1		19,65**
	19-24 riesgo de caídas	18,3	17	21,1	n.s.	
	≥ 25 sin riesgo de caídas	11,3	10,2	13,8	n.s.	

		Total (n=3.691)	Mujeres (n=2.459)	Hombres (n=1.232)	t	χ^2
Variables asociadas a la carga de enfermería (en %)						
Estado nutricional (MNA)	Normal (>23,5)	20,2	19,9	20,8		n.s.
	Riesgo de malnutrición (17-23,5)	43,2	44,3	40,9		n.s.
	Malnutrición (<17)	36,6	35,8	38,3		n.s.
Dieta especial		61,9	61,9	61,9		n.s.
Vía alimentación sonda		1,4	1,6	1,1		n.s.
Incontinencia urinaria		64,1	66,9	58,6		23,9**
Incontinencia fecal		44,6	45,1	43,7		n.s.
Monitorización spO2		29,2	29	29,8		n.s.
Monitorización glucemia		24,5	23,5	26,5		3,99*
Sonda permanente		4,2	2,8	7,1		38,86**
Oxigenoterapia, traqueotomía o secreciones		4,3	3,7	5,6		7,15*
Vendaje pies o apósitos		3,3	3,8	2,1		7,6*
Vía aplicación fármaco	Inyectada	56,3	57,5	53,9		43,1**
	Tópica	23,1	25,5	18,5	n.s.	
	Inhalatoria / nebulizada	20,7	17	27,6	n.s.	
Úlceras por presión	No úlcera	53,2	54,4	51		n.s.
	Grado I	18,6	18,2	19,2	n.s.	
	Grado II a IV	28,2	27,4	29,9	n.s.	

*p<0.05; **p<0.01

Características clínicas y variables asociadas a la carga de enfermería en función del ICCh.

Se observa que quienes presentan mayor puntuación en el ICCh, tienen una edad media menor. Al comparar el ICCh por sexo, se encuentra que los hombres obtienen mayores puntuaciones que las mujeres. La media de fármacos en los primeros 15 días de ingreso aumenta en función del aumento de las puntuaciones en el ICCh.

La capacidad funcional desciende a medida que aumentan las puntuaciones en el ICCh. El deterioro cognitivo también se asocia con las puntuaciones en el ICCh, de manera que los mejores resultados en el MMSE los obtiene el grupo con puntuación cero en el ICCh. El riesgo de úlceras por presión, el riesgo de caídas y el riesgo de desnutrición aumentan en función del aumento del ICCh.

De manera general, al comparar las variables asociadas a la carga de enfermería, que implican necesidades específicas de cuidados, se observa que todas estas, excepto la monitorización spO₂, aumentan significativamente su frecuencia en función del aumento de las puntuaciones en el ICCh.

Tabla 4. Características clínicas y variables asociadas a la carga de enfermería en función del índice de Charlson

	0 (n=1.647)	1 (n=1.208)	2 (n=548)	≥ 3 (n=288)	t	χ ²
Variables sociodemográficas						
Edad media (DT)	83,4 (7,1)	84,1 (6,9)	83,1 (7,2)	82,6 (7,4)	6,1**	
Sexo en % (mujeres)	72,5	65,4	58,6	53,5		64,7**
Variables clínicas						
Media de fármacos	8,1 (4,3)	9,4 (4,8)	10 (4,6)	10,3 (4,7)	33,5**	
Capacidad funcional: media Barthel (DT)	49,1 (1,3)	42,5 (30,8)	38,9 (30,5)	34,9 (30,5)	29,3**	
Deterioro cognitivo: media MMSE (DT)	16,4 (9,6)	14,8 (9,2)	14,1 (9,7)	14,1 (9,9)	12,9**	
UPP: media Norton (DT)	1,6 (0,5)	1,5 (0,4)	1,4 (0,5)	1,4 (0,5)	27,2**	
Marcha y equilibrio: media Tinetti (DT)	13 (9,2)	11,8 (9,1)	11,3 (8,9)	10,2 (8,3)	8,8**	
Variables asociadas a la carga de enfermería						
Estado nutricional: media MNA (DT)	17,9 (4,9)	17,4 (4,8)	16,6 (4,7)	16,4 (4,6)	11,3**	
Dieta normal (en %)	46,9	33,9	26,5	28,1		107,3**

	0 (n=1.647)	1 (n=1.208)	2 (n=548)	≥ 3 (n=288)	t	χ ²
Vía alimentación sonda (en %)	0,9	1,6	2,2	2,8		9*
Incontinencia urinaria (en %)	58,9	66,6	72,1	68,1		39,5**
Incontinencia fecal (en %)	38,3	46,6	54,6	53,7		59,7**
Monitorización spO ₂ (en %)	27,6	29,7	33	29,2		n.s.
Monitorización glucemia (en %)	15,7	28,5	36,9	34		138,4**
Sonda permanente (en %)	2,5	4,5	6,9	8		32,4**
Oxigenoterapia, traqueotomía o secreciones (en %)	2,2	4,7	8,9	6,3		49,3**
Vendaje pies o apósitos (en %)	3,5	3	2,9	3,8		n.s.
Vía aplicación fármacos (en %)						
Inyectada	60,6	49,4	56,5	61,8		102,6**
Tópica	27,7	22,1	19,1	12,9		n.s.
Inhalatoria / nebulizada	11,7	28,5	24,4	25,3		n.s.
Úlceras por presión (en %)						
No úlcera	55,4	53,9	48,7	46,5		19,7**
Grado I	17,7	19,8	17,5	20,1		n.s.
Grado II a IV	26,9	26,3	33,8	33,3		n.s.

*p<0.05; **p<0.01

Discusión

Las personas mayores que se encuentran ingresadas en los centros residenciales y sociosanitarios estudiados se caracterizan por presentar múltiples patologías, un importante deterioro funcional y cognitivo, pérdida de autonomía y por requerir cuidados específicos de enfermería. Todo esto da cuenta de la elevada carga sanitaria presente en este nivel asistencial.

El conjunto de la muestra presenta una media de 4,1 diagnósticos CIE 9 y un ICCh de 0,93. Es complejo comparar ICCh, debido a que la mayoría de los estudios

describen el ICCh para poblaciones con enfermedades específicas, por lo que las puntuaciones son superiores (Cui, Wang, Wu y Chen, 2013; Vos, Bor, Rangelrooij-Minkels, Schellevis y Lagro-Janssen, 2013), sin embargo, un estudio español, con una muestra similar, describe un ICCh de 0,78, que es inferior al descrito en este estudio (Zelada Rodríguez *et al.*, 2012). En la misma línea, se observa que el 89,8% presenta dos o más diagnósticos, lo cual es coherente con el 81,5% de dos o más enfermedades crónicas descrito por Salive (2013) en una muestra de personas mayores de 85 años.

Otro aspecto comúnmente asociado a la multimorbilidad y que es muy frecuente en las personas mayores es la polifarmacia. Se observa que la media de fármacos prescritos en los 15 primeros días del ingreso es de 8,9, sin encontrarse diferencias en función del sexo y observándose que la media aumenta en función de la comorbilidad medida (ICCh). Esta media es superior a la descrita en otro estudio realizado en población mayor usuaria de centros residenciales, pero que consideraba solo los fármacos prescritos en la última semana (4,2) (Damián, Valderrama-Gama, Rodríguez-Artalejo y Martín-Moreno, 2004), por lo que ambos estudios no son directamente comparables, pero sí informan sobre la elevada polifarmacia. La necesidad de administrar múltiples fármacos es una muestra de la complejidad de los tratamientos de las personas mayores y su reducción y armonización es uno de los desafíos a los que se enfrentan los profesionales que los tratan.

También es conocido que las personas mayores sufren un importante grado de dependencia funcional. En este estudio, mediante el índice de Barthel, se observa que un 36,2 y un 31,6% presentan dependencia funcional grave y total respectivamente. Estos porcentajes son muy superiores al 14,7 y 16,8% de personas con dependencia en los mismos grados, descritos en un estudio realizado también con personas mayores en centros residenciales españoles y que utiliza el mismo instrumento (Damián, Valderrama-Gama, Rodríguez-Artalejo y Martín-Moreno, 2004). Este dato refleja el incremento en el nivel de dependencia en los últimos años que se evidencia también en estudios recientes (Fundación «Instituto Edady-Vida», 2015).

Al comparar las características en función del sexo se observa que la media de edad de las mujeres es mayor a la de los hombres. Sin embargo, las mujeres acumu-

lan más dificultades asociadas a un empeoramiento de la calidad de vida, como peor capacidad funcional, mayor deterioro cognitivo y riesgo de úlceras por presión. Por otro lado, los hombres tienden a presentar con más frecuencia condiciones de salud asociadas a mayor riesgo de muerte, lo que se expresa en un mayor índice de Charlson. Estos resultados son coherentes con otras publicaciones, que también concluyen que las mujeres viven más años, pero no más años en salud. Y que refieren que las mujeres presentan más enfermedades crónicas, discapacidad y requieren más cuidados sanitarios (Vos, Bor, Rangelrooij-Minkels, Schellevis y Lagro-Janssen, 2013; Rodríguez, Huber y Lamura, 2012). Se han propuesto diferentes hipótesis explicativas para estas diferencias, dentro de las cuales destacan factores biológicos (Seifarth, McGowan y Milne, 2012), junto con elementos centrados en los determinantes sociales asociados al rol de género, que explicarían, por ejemplo, que ellas suelen acudir al médico más tarde, anteponiendo el cuidado de la salud del resto de su familia, o que los hombres tienden a presentar abuso de sustancias con mayor frecuencia (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005).

Al comparar las diferentes variables en función del ICCh, sorprende que las mayores puntuaciones en el ICCh se asocien a una edad media menor, en contra del supuesto de que el ICCh aumenta con la edad. En el presente estudio se observa un punto de inflexión asociado a mayores puntuaciones en el ICCh. Es posible explicar este resultado considerando que las personas que tienen patologías más graves fallecen antes, lo que reduciría la media de edad del grupo que acumula más patologías. Por otro lado, como es de esperar, las mayores puntuaciones en el ICCh se asocian a más complicaciones clínicas, lo que se expresa en aumento del número de fármacos, disminución de la capacidad funcional, mayor deterioro cognitivo, mayor riesgo de úlceras por presión y de caídas. Además, el aumento de la comorbilidad se asocia a más necesidad de cuidados específicos por parte de enfermería, como por ejemplo, mayor necesidad de una dieta especial, más incontinencia urinaria y fecal, mayor frecuencia de sonda permanente y más úlceras por presión.

Los resultados de esta investigación ponen de manifiesto la labor sanitaria llevada a cabo en los centros estudiados, ofreciendo datos significativos acerca de la complejidad de la condición clínica de los usuarios. Considerando la elevada carga sanitaria que asumen los centros residenciales, cabe destacar que este tipo de servicios contribuyen, en gran medida, a reducir la presión asistencial sobre los demás nive-

les del sistema sanitario. Esto justifica la necesidad de que actúen como un nivel intermedio de atención, coordinado e integrado en la red de recursos asistenciales. De hecho, en los últimos dos años ha aumentado significativamente el porcentaje de personas ingresadas en centros residenciales derivadas de hospitales de agudos, pasando del 24,4% en 2012 al 45,4% en 2014.

En este contexto, la multimorbilidad y polifarmacia son solo dos indicadores de la complejidad del cuidado. También cobra interés la necesidad de que los actores implicados sean sensibles a las necesidades diferenciales en función del género, así como en función de variables psicoafectivas.

Dentro de las limitaciones del estudio cabe mencionar que todos los centros residenciales pertenecen a una sola organización, lo que limita la generalización de los resultados. A pesar de esto, la presente investigación cuenta con una alta validez externa gracias a una amplia muestra distribuida en todo el territorio español, en la que se han recogido diferentes variables que permiten describir el perfil sanitario de los usuarios de los centros residenciales.

Se considera de interés, para investigaciones futuras, profundizar en las características y necesidades de cuidados de las personas mayores atendidas en residencias, así como analizar la evolución de sus perfiles en el tiempo.

En definitiva, los resultados evidencian que los centros residenciales están atendiendo actualmente a personas con una alta complejidad clínica, por lo que sería necesario reconocer formalmente esta labor y desarrollar nuevas fórmulas de coordinación entre el ámbito residencial y el resto de dispositivos de los sistemas social y sanitario.

Referencias

- CHRISTENSEN, K., DOBLHAMMER, G., RAU, R. y VAUPEL, J.W. (2009). Ageing populations: The challenges ahead. *Lancet*, 374:1196-1208.
- CUI, Y.L., WANG, T., WU, X.W. y CHEN, D.C. (2013). The use of Charlson weighted index of comorbidities scoring system to evaluate the impact of original diseases for prognosis in intensive care unit patients. *Zhonghua Wei Zhong Bing Ji Jiu Yi Xue*, 25(2):115-118.

- DAMIÁN, J., VALDERRAMA-GAMA, E., RODRÍGUEZ-ARTALEJO, F. y MARTÍN-MORENO, J.M. (2004). Health and functional status among elderly individuals living in nursing homes in Madrid. *Gac Sanit*, 18(4):268-274.
- ESCOBAR, M.A., PUGA, M.D., MARTÍN, M. (2012). Analysis of disability-free life expectancy over the lifespan: from maturity to old age. *Gac Sanit*, 26:330-335.
- FORTIN M., BRAVO G., HUDON C., VANASSE A. y LAPOINTE L. (2005). Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. *Ann Fam Med*, 3(3): 223-228.
- Fundación «Instituto EdadyVida» (2015). *Perfil sanitario de las personas ingresadas en centros residenciales*. Barcelona: Edad yVida.
- HAM, C. (2008). *Integrating NHS Care: Lessons from the front line*. [Consultado el 22/03/2015]. Disponible en: <http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/integrating-nhs-care-lessons-from-front-line-jan08.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2005). *Informe Salud y Género*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. [Consultado el 08/04/2015]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/informe2005SaludGenero.pdf>
- PALOMO, L., RUBIO, C., GERVA, J. (2006). The comorbidity in primary care. *Gac Sanit*, 20 (1):182-191.
- QUAN, H., SUNDARARAJAN, V., HALFON, P., FONG, A., BURNAND, B., LUTHI, J.C., SAUNDERS, L.D., BECK, C.A., FEASBY, T.E., GHALI, W.A. (2005). Coding algorithms for defining comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. *Med Care*, 43(11):1130-1139.
- RIBBE, M.W., LJUNGGREN, G., STEEL, K., TOPINKOVÁ, E., HAWES, C., IKEGAMI, N., HENRARD, J.C., JÓNNSON, P.V. (1997). Nursing homes in 10 nations: a comparison between countries and settings. *Age Ageing*, 26 (2):3-12.

- RIZZA, A., KAPLAN, V., SENN, O., ROSEMANN, T., BHEND, H., y TANDJUNG, R.; FIRE study group (2012). Age- and gender-related prevalence of multimorbidity in primary care: the Swiss FIRE project. *BMC Fam Pract*, 13, 113.
- RODRÍGUEZ, R., HUBER, M. y LAMURA, G. (Ed.) (2012). *Facts and Figures on Healthy Ageing and Long-term Care. Europe and North America*. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research. [Consultado el 08/03/2015]. Disponible en: http://www.euro.centre.org/data/LTC_Final.pdf
- ROSEN, R. y HAM, C. (2008). *Atención integrada: enseñanzas de evidencia y experiencia. Informe del Seminario Anual de Salud. Sir Roger Banninster*. [Consultado el 22/03/2015]. Disponible en: <http://pub.bsahut.net/cgi/viewcontent.cgi?article=1011&context=risai>
- SALIVE, M.E. (2013). Multimorbidity in Older Adults. *Epidemiol Rev*, 35:75–83.
- SEIFARTH, J.E., MCGOWAN, C.L. y MILNE, K.J. (2012). Sex and life expectancy. *Gen Med*, 9, 390-401.
- STARFIELD, B., LEMKE, K.W., BERNHARDT, T., FOLDES, S.S., FORREST, C.B. y WEINER, J.P. (2003). Comorbidity: implications for the importance of primary care in ‘case’ management. *Ann Fam Med*, 1(1):8-14.
- VAN DEN AKKER, M., BUNTINX, F., METSEMAKERS, J.F., ROOS, S., KNOTTNERUS, J.A. (1998). Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *J Clin Epidemiol*, 51:367–375.
- VOS, H.M., BOR, H.H., RANGELROOIJ-MINKELS, M.J., SCHELLEVIS, F.G., LAGRO-JANSSEN, A.L. (2013). Multimorbidity in older women: The negative impact of specific combinations of chronic conditions on self-rated health. *Eur J Gen Pract*, 19(2):117-122.

WOLFF, J.L, STARFIELD, B. y ANDERSON, G. (2002). Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med*, 162:2269-2276.

ZELADA RODRÍGUEZ, M.A., GÓMEZ-PAVÓN, J., SORANDO FERNÁNDEZ, P., FRANCO SALINAS, A., MERCEDES GUZMÁN, L. y BAZTÁN, J.J. (2012). The interrater reliability of four common comorbidity indexes used in elderly patients. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 47(2):67-70.

Josep PASCUAL
SARquavitae
C/ Aribau, 185, Entlo., 08021, Barcelona
jpascual@sarquavitae.es