

Andrea Morales Gómez

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia

División de Enfermería y Fisioterapia



GRADO DE ENFERMERÍA

Curso Académico: 2012/2013

Trabajo Fin de Grado

**-Actuación en Atención Primaria para prevenir la
Hospitalización Evitable-**

- Autora: Andrea Morales Gómez -

- Tutor: Isabel María Beltrán Rodríguez –

ÍNDICE

RESUMEN:.....	Pág. 3
INTRODUCCIÓN:.....	Pág. 3
OBJETIVO:.....	Pág. 8
METODOLOGÍA:	Pág. 8
DESARROLLO:.....	Pág. 9
DISCUSIÓN:.....	Pág. 20
CONCLUSIONES:.....	Pág. 21
BIBLIOGRAFÍA:.....	Pág. 22
ANEXOS:.....	Pág.25

RESUMEN

El término Hospitalización Evitable (HE), también conocido como ACSC (Ambulatory Care Sensitive Conditions) ha sido creado para evaluar las hospitalizaciones por problemas de salud susceptibles de resolverse en la Atención Primaria (AP).

En esta revisión narrativa se exponen los factores de riesgo de la HE, tales como habitar en áreas económicamente desfavorables, con menor nivel educativo, ancianos, algunos grupos étnicos, personas sin cobertura sanitaria, la cercanía al hospital, la patología y la complejidad, el material y las altas tecnologías que disponga el hospital.

El objetivo del trabajo se centra en dar unas pautas de actuación en Atención Primaria ante diversas patologías con el fin de evitar ingresos innecesarios, describiendo las actuaciones a realizar y el plan de mejora. Las patologías que se van a abordar son la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Insuficiencia Cardíaca Congestiva, diabetes descontrolada, asma del adulto, neumonía bacteriana y la infección del tracto urinario.

Se plantean también los efectos negativos que surgen tras la presión de intentar disminuir las HE como son un aumento del gasto farmacológico en AP, un uso precoz de terapias agresivas y poco experimentadas o una evitación de hospitalizaciones necesarias.

Hay que tener en cuenta que no todas las hospitalizaciones evitables se generan a causa de una baja calidad en la Atención Primaria, sino que influyen también los factores exógenos. Apostemos por una óptima actuación de Enfermería para así prevenir las hospitalizaciones innecesarias.

INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria de Salud (APS) fue definida en la Declaración de Alma-Ata (Conferencia Internacional OMS-Unicef) como: *"Asistencia Sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptable, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país pueda soportar en cada una de sus etapas de desarrollo, con espíritu de auto-responsabilidad y auto-determinación. La Atención Primaria forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que*

constituye la función principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad, representa el primer nivel de contacto del individuo, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud en el lugar donde residen y trabajan las personas, constituyendo el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria". (1)

Según esta definición podemos resaltar como características esenciales de la AP:

- Constituye el *núcleo* fundamental del Sistema Sanitario.
- Se da más importancia a la *salud* que a la enfermedad.
- Fomenta al máximo la *autorresponsabilidad* y la *participación* de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la AP.
- Establece que dicha asistencia esté al alcance de toda la comunidad (*universalidad*).
- *Esencial*: no aplicada por especialistas del ámbito hospitalario, y para resolver los problemas frecuentes de la comunidad.
- *Pertinente*: con coste soportable por la comunidad, equitativa, y obteniendo el mayor beneficio a los recursos invertidos (eficiencia). (2)

Según Martín A. 2011 (3, 4) las características de la AP vienen definidas por numerosas dimensiones:

- **Atención continuada**: los cuidados de APS deben ser continuos, es decir, no se limitan a la consulta por sí sola, sino que asisten al individuo hasta el fin del episodio de la enfermedad o del riesgo bajo vigilancia.
- **Atención integral**: la salud es un todo y hay que elegir en cada momento la mejor manera para mantenerla, restablecerla o mejorarla. Ofrece todos los tipos de cuidados en el mismo centro: curativo, preventivo, de vigilancia y rehabilitación y promoción de la salud.
- **Atención global**: tiene en cuenta la totalidad del individuo tanto en el aspecto psicobiológico como en el de las relaciones comunitarias (sociocultural y socioeconómico), considerando las relaciones laborales y familiares.
- **Atención Permanente**: 24 horas/día, 365 días/año.
- **Atención Polivalente**: capaz de responder a todos los problemas presentados por la población, por lo que el equipo ha de ser multidisciplinario.

- **Servicio Integrado:** en el sentido de ser puerta de entrada a un sistema, en el que debe existir una interconexión dinámica, ambidireccional y permanente con los demás escalones.
- **Servicio Accesible:** tanto desde el punto de vista geográfico, económico, cultural y social.
- **Atención Activa:** los profesionales sanitarios han de trabajar activamente en la promoción de la salud y en la prevención de las enfermedades, poniendo especial énfasis en la educación sanitaria.
- **Basada en el trabajo en equipo:** Integrados por profesionales sanitarios y no sanitarios.
- **Comunitaria y participativa:** atención de los problemas de salud colectivos y no sólo individuales, con participación activa de la comunidad en las fases del proceso de planificación, programación y puesta en práctica de actividades.
- **Programada y evaluable:** actuación basada en programas de salud con objetivos, metas, actividades, recursos y mecanismos de control y evaluación claramente establecidos.
- **Docente e investigadora:** desarrollando actividades de docencia pre y postgrado, así como de formación continuada en materias propias de su ámbito.

Las funciones y actividades que destaca Martín A.(2) como características de la AP son:

- 1. Promoción de salud:** a desarrollar sobre toda la población, sana y enferma; a ésta para que recupere salud, y aquella, para que la mantenga.

Actividades: todas aquellas necesarias para fomentar hábitos correspondientes con una actitud sana de la vida.

- 2. Prevención de la enfermedad:** acciones dirigidas a problemas específicos y con metodología propia para cada situación particular.

Actividades: Vacunaciones (infantil y adultos), Programa de salud escolar, revisiones periódicas pre-escolares, diagnóstico precoz de cáncer genital, seguimiento de embarazadas y puérperas, etc.

- 3. Asistencia:** función dirigida al grupo de población que ha perdido la salud.

Actividades: Asistencia a demanda, programada, urgente o no, tanto en el Centro de Salud, como en el domicilio del paciente.

- 4. Rehabilitación:** actuación sobre grupos de población con secuelas físicas, psíquicas o sociales, provocadas por la enfermedad.

Actividades: Rehabilitación de procesos crónicos, patología aguda que no precise un gran utillaje, rehabilitación psíquica no compleja, reinserción social.

- 5. Funcionamiento interno:** además de las actividades recogidas, deben realizarse otras actividades, con carácter docente, investigador, evaluación, control, gestión y utilización de recursos, que permiten el propio funcionamiento del Equipo.

Para realizar las funciones y actividades que el Equipo de Atención Primaria tiene asignadas adecuándose a las características de la APS, los profesionales sanitarios trabajan por Programas de Salud y realizan una gestión por Procesos Asistenciales.

Martín A. (2) define Programa de Salud como el conjunto de actividades dirigidas a alcanzar unos objetivos concretos destinados a una población determinada; y Proceso Asistencial Integrado lo define como el conjunto de actividades de los proveedores de la Atención Sanitaria (primaria y especializada), y de carácter preventivo, diagnóstico o terapéutico que se encadenan de manera secuencial y tienen como finalidad incrementar el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población que recibe los servicios. La gestión por procesos asistenciales se conforma como una herramienta encaminada a conseguir el objetivo de calidad total en el Sistema Sanitario. (2)

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) (5) (Tabla 1), en el año 2000 fueron dados de alta 4.502.740 pacientes en los hospitales españoles. El número de pacientes dados de alta por cada 100.000 habitantes se sitúa en 11.277.

Para llegar a conseguir que estas tasas de hospitalización sean cada vez más bajas, se pretende actuar directamente en los cuidados de la Atención Primaria, así como en la educación para la salud, y a su vez concienciar a la población de que la AP debe ser la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud (SNS), y no el hospital.

Ante la falta de datos para evaluar los resultados de la Reforma de Atención Primaria (RAP) iniciada en España en diciembre de 1984 (6), surge el concepto de hospitalización por *Ambulatory Care Sensitive Conditions* (ACSC), también llamada Hospitalización Evitable, que se ha definido como los procesos susceptibles de cuidados ambulatorios. Se basa en una serie de códigos diagnósticos de alta hospitalaria clasificados según la Clasificación internacional de Enfermedades, 9ª Edición, Modificación Clínica (CIE-9-MC) que se obtienen del sistema de información sanitario

hospitalario, llamado Conjunto Mínimo Básico de Datos de Alta Hospitalaria (CMBD-AH). Las HE son un indicador de medida indirecta de la capacidad de resolución de la Atención Primaria. El indicador mide el volumen de hospitalizaciones potencialmente evitables mediante una AP óptima y ha sido propuesto como forma de evaluar la efectividad y la calidad de la AP. (7)

Una atención primaria oportuna, efectiva y sostenida en el tiempo, al igual que un manejo adecuado de los pacientes en el ámbito ambulatorio, evita el riesgo de su hospitalización mediante:

- Prevención de la aparición de la enfermedad o complicación: por ejemplo, mediante la inmunización.
- Tratamiento adecuado del episodio agudo de un problema de salud: por ejemplo, la neumonía o las infecciones otorrinolaringológicas.
- Control correcto de una enfermedad crónica establecida: por ejemplo, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica o la diabetes. (7, 8, 9, 10)

Sin embargo, en algunas patologías clasificadas como de ingreso evitable (Tabla 2, 3), a veces es inevitable el ingreso del paciente, como por ejemplo, el asma. Un enfermo con esta patología puede estar perfectamente controlado y tomar su medicación de forma estable, y en un momento dado presentar una crisis asmática rebelde al tratamiento, por lo que no se puede evitar su ingreso y además en situación extremadamente urgente (11).

Las hospitalizaciones evitables pueden llegar a utilizarse punitivamente, como si *evitable* fuera equivalente a *inapropiado*. Una hospitalización por ACSC puede ser necesaria y justificable según las circunstancias. Por ejemplo, las hospitalizaciones por tétanos son necesarias pero evitables mediante el buen trabajo de una Atención Primaria de calidad. (12)

Hay que tener muy en cuenta que la presión por disminuir las hospitalizaciones evitables lleva a aumentar el gasto farmacéutico en AP, al uso precoz de terapias agresivas y poco experimentadas y a evitar hospitalizaciones necesarias. Por ejemplo, puede dar lugar a que se trate con antibióticos agresivos y muy nuevos, caros y de ventajas poco conocidas, a pacientes con signos y síntomas iniciales sospechosos de neumonía pero tributarios de tratamientos menos peligrosos, o llevar a que no

ingresaran pacientes graves con neumonía necesitados de hospitalización. En este caso concreto, una política prudente llevaría a ligar hospitalizaciones evitables por neumonías al gasto y calidad del uso de antibióticos y a la mortalidad por neumonías.

Es fundamental que *evitable* no se haga equivalente a *improcedente, inapropiado o no adecuado*. (12)

La finalidad de esta revisión narrativa es la de mejorar la actuación enfermera en Atención Primaria visto que aún queda mucho camino por recorrer para lograr que la población se concencie del buen uso del Sistema Nacional de Salud.

OBJETIVOS

Plantear unas pautas de actuación de Enfermería en Atención Primaria ante diversas patologías con el fin de evitar ingresos innecesarios.

Realizar planes de mejora.

Evaluar la calidad de la AP basándose en el concepto de Hospitalización Evitable, teniendo en cuenta los factores que la modifican.

METODOLOGÍA

Modalidad de estudio: He realizado una revisión narrativa donde se ha interpretado y hecho un análisis crítico de la literatura consultada en los distintos autores.

Estrategias de búsquedas: Para la búsqueda en las bases de datos de revistas y en archivos informatizados de bibliotecas he utilizado los siguientes términos/palabras clave: Hospitalización evitable; Atención Primaria; Procesos sensibles a cuidados ambulatorios; Calidad asistencial; Sesión Clínica; EPOC; Insuficiencia Cardíaca Congestiva; Diabetes; Asma; Neumonía; Infección del tracto urinario.

Combinaciones de dichos términos con el operador booleano “AND”.

Búsqueda de artículos en revistas biomédicas: he utilizado tres estrategias de búsquedas complementarias:

- Bases de datos electrónica: Dialnet, Cochran Plus, Cuiden, Cinahl, INE.
- Para los artículos no recogidos en los anteriores bases de datos electrónicos he realizado una búsqueda en la revista Redalyc (Revista Española de la Salud Pública) y en el CSIC (Consejo Superior de Investigaciones Científicas).
- Búsquedas a partir de citas bibliográficas: he seleccionado citas bibliográficas de los documentos primarios cuyos títulos eran considerados relevantes y no habían sido localizados previamente mediante las estrategias de búsquedas electrónicas y revisión de la revista mencionada anteriormente.
- Búsqueda electrónica en la biblioteca virtual del Servicio Andaluz de Salud.

Fuentes documentales: consideré como posibles fuentes documentales los siguientes tipos de documentos:

- Artículos publicados en revistas científicas sanitarias.
- Informes y Sesiones Clínicas de administración pública, organismos, instituciones o sociedades científicas.
- Libros.

DESARROLLO

Estudios realizados por Morera M. en 2006 (13) y Caminal J. en 2002 (14) apoyan la hipótesis de que las tasas elevadas de hospitalización por ACSC son indicación de una Atención Primaria subóptima, que se define como una atención inadecuada en forma, localización e intensidad para el problema de salud que está siendo tratado.

El proceso de revisión de los problemas de salud que se considerarán ACSC requiere asimismo aclarar los conceptos de *hospitalización evitable* y *enfermedad sensible a cuidados en la APS*. El primero relaciona la hospitalización con la existencia de otras alternativas asistenciales y el segundo con la disponibilidad de una intervención eficaz que, realizada a tiempo, reduzca el riesgo de hospitalización (14).

Se ha conferido a la AP el papel de ser la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud y, en general, está ampliamente aceptada la idea de que el modelo de AP de

nuestro país es y continúa siendo una buena estrategia para conseguir una mejora de la salud de la población con equidad y eficiencia, al tiempo que es un modelo con una gran accesibilidad, permite una atención integral, y goza de un alto nivel de aceptabilidad entre la población.

El porcentaje de ingresos evitables (Tabla 4) se estima superior al 50% para la descompensación diabética (70%), la hemorragia digestiva (60%) y la EPOC agudizada (55%), y no supera el 25% en los procesos cancerosos y la insuficiencia coronaria (15). El Ministerio de Sanidad y Consumo (16) estima que las tasas de hospitalizaciones evitables oscilan según los estudios entre 75 altas por 10.000 habitantes y 11 altas por 1.000 habitantes.

Hay que tener en cuenta que la magnitud de estas tasas a la hora de evaluar el desempeño en AP está influida por diversas variables, como por ejemplo el problema de salud, la edad (mientras para la población adulta las tasas de hospitalización por ACSC mantienen una relación directa con la edad, para la población pediátrica esta relación es inversa) (14) o la presencia de comorbilidades (15). Por ejemplo, en las personas mayores los ACSC se concentran en las enfermedades cardiovasculares, mientras que en la población infantil las patologías más frecuentes son las auto-limitadas (bronquitis aguda, gastroenteritis, convulsiones febriles e infecciones agudas de las vías respiratorias altas) (14). Por ello, es necesario discutir esta hipótesis y afirmar que es evidente que el indicador Hospitalización Evitable no puede considerarse de forma directa una medida de calidad de la Atención Primaria. Esto es debido a su gran variabilidad dependiendo de factores locales como los patrones de práctica médica, la disponibilidad de servicios sanitarios, la cultura hospitalaria predominante en los pacientes, etc. Por tanto si bien en términos teóricos todas las patologías incluidas en el concepto de HE podrían manejarse adecuadamente en el primer nivel de atención, y así evitar una hospitalización, en la realidad este evento es controlable sólo parcialmente por los profesionales de Atención Primaria. (17)

Otros factores exógenos que varían la medida de calidad mediante las HE son las variables sociodemográficas, las características de los servicios de salud de AP y la distancia de los Centros (13), así como la accesibilidad al mismo para la población. El número de profesionales sanitarios de Atención Primaria, la disponibilidad de los servicios, la existencia de ciertos recursos sanitarios (por ejemplo, los servicios de

diagnóstico y laboratorio), de otros diversos como el estado financiero y de seguridad de los pacientes y la propensión de éstos a utilizar los servicios sanitarios, influyen en la medida. Además, los pacientes no asegurados tienen más probabilidad de ser ingresados en el hospital por causas de HE que los pacientes con seguro privado.

Otros factores que hay que tener en cuenta como causas de variabilidad de ingresos por HE serían el estilo de práctica médica, los hábitos profesionales del personal sanitario motivados por la formación teórico-práctica diferente. La movilidad de la población puede originar variaciones artificiales de prevalencia de HE en las zonas a las que se desplaza (8). A más complejidad del hospital, a más material de alta tecnología, mayor tasa de ACSC (18).

Para las enfermedades crónicas, el mayor conocimiento por parte del enfermo asociado al incremento de su capacidad en la toma de decisiones relacionadas con la enfermedad, influyen tanto en la utilización de los servicios como en la relación con el personal sanitario (14). Se ha descrito que las tasas de ACSC son más altas en áreas más pobres, con menor nivel educativo que en las áreas suburbanas de las grandes ciudades. Varía en función de algunos grupos étnicos (raza negra) (16). No obstante, hay que considerar que el factor baja educación de la población está relacionado no solamente con la tasa de HE, sino también con la mortalidad general, con la mortalidad evitable y con la morbilidad y la auto-percepción de la salud, según datos de las encuestas poblacionales de salud. (8)

Según el Instituto Nacional de Estadística (5), las enfermedades del aparato circulatorio originaron en el año 2000 el mayor número de ingresos hospitalarios, suponiendo un 12,3% del total (1.382 personas con enfermedades en el aparato circulatorio fueron dadas de altas por cada 100.000 habitantes). El segundo lugar de altas médicas lo ocupan las enfermedades del aparato digestivo con 1.237 por cada 100.000 habitantes. Las enfermedades del aparato respiratorio ocupa el tercer lugar, con un 9,6% del total de altas. (Tabla 5)

Valenzuela M et al 2007 (Tabla 6) (15) expone las intervenciones realizadas desde la Atención Primaria que pueden reducir la frecuencia de hospitalización, así como la eficacia y la factibilidad estimada para cada intervención.

Se expone, a continuación, las actuaciones de Enfermería ante diversas enfermedades que forman parte de los procesos susceptibles de cuidados ambulatorios y que originan un elevado número de hospitalizaciones con el fin de optimizar los cuidados en AP y así evitar hospitalizaciones innecesarias. Dichas actuaciones están siendo propuestas en la actualidad por Fornovi JJ, 2013 mediante sesiones clínicas en el Distrito Almería.

Las patologías que se van a abordar son la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Insuficiencia Cardíaca Congestiva, diabetes descontrolada, asma del adulto, neumonía bacteriana y la infección del tracto urinario.

➤ ***Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) (19)***

La EPOC es una enfermedad que se caracteriza por la presencia de limitación crónica, progresiva y poco reversible al flujo aéreo, asociada a una reacción inflamatoria anómala. Es una enfermedad grave e invalidante, sin embargo prevenible y tratable. El principal factor de riesgo de la EPOC es el tabaquismo y su principal causa de hospitalización las exacerbaciones de su sintomatología.

Los indicadores principales en Atención Primaria son:

- Identificación correcta y diagnóstico del paciente con EPOC. Existen diferencias importantes entre las distintas zonas básicas. Esta patología se da con más frecuencia en pacientes de mediana edad, mayores de 40 años, fumadores, y más elevada en varones (este patrón comienza a cambiar), y dicha población es la que menos acude de forma habitual a las consultas.
- Realización de Espirometría de diagnóstico y/o seguimiento de forma anual. Por similar motivo al anterior indicador, éste presenta dificultad para su cumplimentación por la falta de consulta de dichos pacientes.

Los objetivos principales son:

- Mejorar el diagnóstico precoz de paciente con EPOC.
- Reducir la morbi-mortalidad de las personas con EPOC, evitando las exacerbaciones agudas e ingresos hospitalarios.
- Proporcionar el tratamiento adecuado y basado en la mejor evidencia científica a las personas con EPOC que presenten exacerbaciones, en su domicilio.

- Aumentar el conocimiento de la población y profesionales sobre la relación entre el tabaco, la contaminación ambiental, la exposición laboral y la EPOC y las consecuencias de esta enfermedad.

Las actuaciones que se deberán llevar a cabo son:

- Evaluación anual de la prevalencia y actividad realizada en la población con EPOC.
- Incluir en la evaluación de objetivos anuales de las Unidades de Gestión Clínica indicadores de calidad del Proceso EPOC.
- Realización de actividades de prevención de tabaquismo en el ámbito de Salud Escolar (Programa Forma Joven).
- Todas las Unidades de Gestión Clínica disponen de consulta de Intervención individual y grupal de tabaquismo.
- Uso de recomendaciones terapéuticas según el Proceso Asistencial Integrado EPOC.
- Actividades preventivas: se recomienda, salvo contraindicaciones, la vacunación antigripal y antineumocócica.
- Actividades de formación:
- Curso de Formador de formadores, dirigido a profesionales sanitarios, para el manejo correcto de inhaladores.

Plan de mejora:

- Aumentar la información de la población sobre los efectos del consumo de tabaco en la salud, tanto de las personas fumadoras como de aquellas en edad de riesgo, priorizando jóvenes y mujeres, y haciendo hincapié en los hogares libres de humo y en el papel modélico de padres y cuidadores.
- Fomentar y continuar con la realización de intervenciones en los medios de comunicación para implicarlos en la promoción de hábitos de vida saludable.
- Fomentar el papel de la enfermería de Atención Primaria en la promoción de hábitos de vida saludable.
- Captación activa: Realizar, dentro de las actividades preventivas del adulto, la detección precoz de la EPOC dirigida a personas mayores de 40 años que presenten una historia de tabaquismo (actual o pasada).

- Los pacientes diagnosticados de la EPOC tendrán desde el inicio un plan de cuidados de enfermería que aumente su capacitación y autonomía en el manejo efectivo del régimen terapéutico.
- Fomentar el seguimiento estricto del paciente afectado de exacerbación aguda de EPOC en el domicilio por el equipo de Atención Primaria.
- Actividades de formación de profesionales: desarrollar cursos y talleres.
- Actividades de formación dirigidas a pacientes y cuidadoras: Realización de talleres grupales de pacientes con EPOC y/o cuidadoras para el adiestramiento correcto de las técnicas de inhalación.

➤ ***INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA (ICC) (20)***

La Insuficiencia Cardíaca es una de las principales causas de ingresos hospitalarios en España, con una importante morbi-mortalidad, que aumenta progresivamente junto al envejecimiento de la población.

Los indicadores principales en Atención Primaria son:

- Identificación correcta y diagnóstico del paciente con Insuficiencia Cardíaca. El estándar para este indicador es el 3% de la población mayor de 65 años. Tanto en ámbito rural como en urbano se supera este límite.
- Porcentaje de pacientes con Insuficiencia Cardíaca y Fibrilación Auricular a los que se le pauta un anticoagulante. En ambos casos, rural y urbanos se supera el límite que es actualmente entre 60 y 75% lo recomendado.
- Porcentaje de pacientes con Insuficiencia Cardíaca que tienen prescrito un IECA (Inhibidor de enzima convertidora de angiotensina). El óptimo es entre 60 y 75% de los pacientes con ICC.

Los objetivos principales son:

- Mejorar el perfil de diagnóstico y tratamiento de todos los pacientes con Insuficiencia Cardíaca y especialmente en los frágiles.
- Tomar medidas encaminadas a reducir el número de ingresos por descompensación de IC.
- Evitar duplicidades de seguimiento en el paciente con Insuficiencia Cardíaca (Medicina Interna, Cardiología), especialmente en pacientes frágiles.

- Consolidar y potenciar la comunicación entre Hospital y Atención Primaria en nuestra área.

Las actuaciones que se deberán llevar a cabo son:

- Derivación a consulta específica hospitalaria a aquellos pacientes con ICC para su estudio y realización de pruebas complementarias en acto único.
- Debido a la complejidad de atención al paciente con Insuficiencia Cardíaca por las enfermedades concomitantes, el paciente con ICC y con criterios pluripatológicos, se le reconocerá como paciente frágil y se le derivará a la consulta específica.
- Atención Primaria dispone de una consultoría telefónica del Servicio de Cardiología a Nivel Hospitalario, para la resolución de posibles dudas.

Plan de mejora:

- Potenciar las intervenciones educativas por parte del personal de enfermería en pacientes domiciliarios:
 - Seguridad del paciente: aumentar los conocimientos por parte del paciente de los beneficios del uso adecuado y correcto de los medicamentos. En los casos necesarios, se le recomendará o proporcionará los dispensadores de medicación.
 - Hábitos: recomendaciones sobre la ingesta de líquidos, dieta sin sal, abstención de tabaco y limitación de la ingesta de alcohol.
 - Actividades preventivas: se recomienda, salvo contraindicaciones, la vacunación antigripal y antineumocócica.
- Revisión y nueva difusión del Proceso Asistencial ICC, haciendo especial hincapié el uso de mediación según la Guías de Práctica Clínica.
- Restablecer las relaciones con Atención Hospitalaria para la revisión del proceso y su evaluación conjunto, de forma que las actuaciones próximas se realicen en ambos niveles.
- Implantación del Aula de la Escuela de Pacientes en otras Unidades del Distrito Sanitario.

➤ **DIABETES DESCONTROLADA (21)**

Debido a su elevada prevalencia en la población y las complicaciones a corto y largo plazo, es una de las enfermedades denominadas *crónicas* que mantienen un estricto control tanto por personal de enfermería como médico.

Un buen control metabólico garantiza tanto la disminución de complicaciones agudas como crónicas. Este proceso incluye la Educación Diabetológica.

Para evitar o disminuir la tasa de ingresos por Diabetes descontrolada es necesario un buen control metabólico, es decir unos niveles de HbA1c menor de 8%.

Los principales objetivos son:

- Reducir el impacto de la diabetes en los pacientes que la padecen, para evitar o retrasar las posibles complicaciones.
- Evitar las descompensaciones agudas y por tanto, disminuir el número de hospitalizaciones por dicho motivo.

Las actuaciones que se deberán llevar a cabo son:

- Evaluación anual de la prevalencia y actividad realizada en los pacientes con Diabetes Mellitus. Difusión a todas las Unidades la información correspondiente.
- Todas las consultas de Atención Primaria dispondrán de monofilamentos para la exploración del pie en el paciente diabético.
- Realización de estudio de fondo de ojo mediante la retinografía digital a los pacientes diabéticos, dentro del Programa de Screening de Detección Precoz de Retinopatía Diabética.
- Implantación en todas las Unidades del Módulo de Pruebas Analíticas, lo que garantiza una mayor comunicación entre profesionales y evita la demora en la recepción de los resultados.
- Inclusión de la Educación Diabetológica, impartida de forma individual y/o grupal a pacientes. Dicha actividad se realiza actualmente a más del 50% de la población diabética.
- Formación para profesionales: Realización de Curso-Taller de Actualización del proceso Asistencial Integrado Riesgo Vascular, incluyendo en éstos a los pacientes con Diabetes Mellitus.

- Realización de actividades de promoción de la salud, a grupos de pacientes diabéticos, incluyendo recomendaciones sobre el ejercicio físico, dieta y alimentación, cuidados personales e higiene y hábitos tóxicos.

Plan de mejora:

- Implantación de un protocolo de actuación para la Diabetes Gestacional. Con ello se garantiza un circuito con el menor número de incidencias en dicho Screening y una captación inmediata de la paciente.
- Implantación de una Unidad del Pie Diabético. Proporciona a la Atención primaria un acceso directo a dicha unidad.

➤ **ASMA DE ADULTO (22)**

El Asma Bronquial es una de las afecciones respiratorias crónicas más frecuentes del adulto. Sin embargo, la carencia de un agente etiológico único, la intermitencia de la sintomatología y la predisposición familiar hace que el diagnóstico sea en ocasiones difíciles de realizar y tardío en el tiempo.

Los principales objetivos son:

- Realizar un diagnóstico lo más precoz posible en el paciente con sintomatología asmática.
- Aminorar los síntomas crónicos y evitar las reagudizaciones del asma y sobre infecciones.
- Mantener las actividades normales del paciente, en cuanto a calidad de vida y actividades de la vida diaria.

Las actuaciones que se deberán llevar a cabo son:

- Todas las Unidades dispondrán de la prueba funcional Espirometría que nos sirve para el diagnóstico junto con la sintomatología del paciente. Ayuda al diagnóstico diferencial y a su seguimiento.
- Todas las Unidades de Gestión Clínica disponen de consulta de intervención individual y grupal de tabaquismo. El tabaco es una de las principales causas que influyen en las reagudizaciones del asma. Los pacientes asmáticos son uno

de los grupos más beneficiados de ésta intervención en el ámbito de Atención Primaria.

- Realización de actividades de prevención de tabaquismo en el ámbito de Salud Escolar (Programa Forma Joven).
- Participación en las guías electrónicas de resistencias bacterianas. Esta herramienta proporciona una información actualizada de las resistencias de infecciones, en este caso las respiratorias, a diferentes antibióticos. Sirve para utilizar el medicamento más adecuado en cada momento, en los casos de reagudización y sobreinfección bacteriana.
- Actividades de formación: cursos de Reciclaje para enfermeros responsables de la realización de la Espirometría.

Plan de mejora:

- Implantación en las Unidades de actividades grupales dirigido a pacientes con Asma con el objetivo de ampliar los conocimientos por parte de los enfermos sobre su enfermedad, medidas preventivas y manejo de sintomatología, especialmente en casos de crisis.
- Aumentar el número de unidades que se benefician de la herramienta de Guías Electrónicas de Resistencias Bacterianas.
- Iniciar los contactos con Atención Hospitalaria para la implantación del Proceso Asistencial Asma en el Adulto.
- Iniciar Programas de rehabilitación respiratoria, coordinado por los fisioterapeutas. Dichos programas deben realizarse conjuntamente con el médico rehabilitador y/o neumólogo. Las técnicas más empleadas son los ejercicios de reeducación del patrón respiratorio, el entrenamiento físico para los músculos respiratorios y periféricos, las técnicas espiratorias y ayudas instrumentales de limpieza mucociliar, el ejercicio aeróbico y las técnicas complementarias.

➤ **NEUMONÍA BACTERIANA (23)**

La neumonía bacteriana es una enfermedad respiratoria infecciosa y contagiosa que afecta a los pulmones.

Plan de mejora:

- Participación en las guías electrónicas de resistencias bacterianas.
- Uso prudente y adecuado de antibióticos en la praxis médica.
- Actividades preventivas:
 - Vacuna antigripal y Neumocócica, según indicación por edad y enfermedades.
 - En pacientes con factores de riesgo (EPOC, bronquiectasias, fibrosis quística, inmunodeprimidos, etc.), hacer hincapié en los auto-cuidados que deben seguir los afectados: hábito tabáquico, actividad física, hidratación.

➤ **INFECCION DEL TRACTO URINARIO (24)**

Es la invasión, colonización y multiplicación de gérmenes en el tracto urinario. Puede estar asociada con malformaciones de la vía urinaria, por lo que debe estudiarse con cuidado y diagnosticarse lo más tempranamente posible para evitar el daño irreversible del riñón.

Plan de mejora:

- Participación en las guías electrónicas de resistencias bacterianas.
- Control estricto de las infecciones y realización de urocultivo cuando esté indicado.
- Evitar el uso de sondas vesicales en pacientes ancianos, si no es estrictamente necesario. Respetar los consensos de higiene de manos. No se recomienda a quimioprofilaxis antibiótica.
- Recomendaciones Preventivas:
 - Recomendar la ingesta abundante de líquidos, especialmente agua.
 - Evitar la retención de orina. Es necesario vaciar la vejiga frecuentemente.
 - En mujeres fértiles recomendar que orine tras relaciones sexuales.

DISCUSIÓN

Según los datos del Instituto Nacional de Estadística (5), la estancia media por alta hospitalaria en el año 2000 era de 9 días. En el año 2009, esas cifras disminuyeron hasta 7,3 días (Tabla 7). Con la Reforma de la Atención Primaria se está consiguiendo disminuir aún más dichas cifras, con su consiguiente ahorro económico en la Atención Hospitalaria. El hecho de plantearnos una mejora en la calidad de la Atención Primaria es para conseguir evitar incluso esas estancias de 7,3 días de media, siempre que no sean necesarias.

Unas tasas elevadas de HE no implican necesariamente una AP de baja calidad, ya que como hemos visto existe un gran número de factores que varían dichas tasas.

Como dice Gérvas J. y Caminal J. (12) hay que tener en cuenta que la presión por disminuir las Hospitalizaciones Evitables puede plantear efectos negativos como por ejemplo aumentar el gasto farmacológico de la AP.

Estudios europeos (25) han evaluado la accesibilidad, considerando a la AP de nuestro país un sistema muy accesible (Tabla 8), con un 92% de las consultas con menos de un día de espera para ser atendido por el médico. Estudios de ámbito local (Durán J et al, 1999) (26) (García A. et al, 2001) (27), y nacional (Loren S., 2000) (28) han puesto en evidencia la efectividad de las actividades desarrolladas en el ámbito de la AP. Así mismo, la opinión de la población sobre la capacidad del médico de AP para resolver los problemas por los que consulta es aceptable, 41% de las consultas son resueltas por el propio médico de AP (Tabla 8). (29)

Según Valenzuela M. et al, 2007 (15) las personas mayores de 65 años constituyen un 17% de la población (proporción que va en aumento, especialmente los octogenarios, los cuales representan el 3,9% de la población y en el 2050 serán el 10%) pero consumen el 29% de los gastos de salud. Este grupo de población utiliza gran cantidad de recursos sanitarios: el 35-40% de las estancias hospitalarias de agudos, un 40-50% de la actividad total del médico de AP, más del 50% de las prescripciones, con un consumo diario medio por anciano que oscila entre 2 y 3 medicamentos y más del 75% de ellos de forma crónica. Las causas más frecuentes de ingresos hospitalarios por ACSC de las personas mayores de 65 años son la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) agudizada, la insuficiencia cardíaca descompensada, el accidente cerebrovascular y las caídas-fracturas-traumatismos. Otros procesos patológicos señalados fueron la

enfermedad prostática, con un porcentaje de ingresos evitables estimado en un 20%, abdomen agudo (10%), deshidratación (70%), cuidados paliativos (75%), crisis hipertensivas (70%) y úlceras isquémicas en los miembros inferiores (40%) (15).

CONCLUSIONES

Según lo anteriormente expuesto, podemos afirmar que existe una relación significativa entre la Atención Primaria y las hospitalizaciones por ACSC crónicas (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Insuficiencia Cardíaca, Diabetes, etc.), así como para las ACSC agudas (Neumonía). Por ello, en el mejor nivel de Asistencia Sanitaria donde se puede actuar para disminuir las tasas de hospitalizaciones es en la Asistencia Primaria.

Utilizando la gestión por procesos asistenciales se actúa centrándose en el usuario, se consigue una atención y respuestas únicas a las necesidades individuales, mejorando la continuidad de la asistencia, permitiendo realizar la práctica clínica basándose en la evidencia científica y consiguiendo integrar las actividades del nivel primario y el especializado.

El consejo antitabáquico y la vacunación antigripal son las actuaciones prioritarias, con una eficacia y una factibilidad superior al 70% en la EPOC. Para la Insuficiencia Cardíaca Congestiva, las intervenciones realizadas en AP abarcan el tratamiento correcto, las revisiones y el control de riesgo cardiovascular. En relación con el accidente cerebrovascular (ACV), destacan el control de la presión arterial y el uso de antiagregantes/anticoagulación. En las caídas se señala la adecuada utilización de hipnóticos y tranquilizantes, así como las revisiones de la visión/audición. Para la Insuficiencia Coronaria, ninguna actuación supera el 50% en la eficacia y la factibilidad. Destacar también el control de factores de riesgo metabólicos, como la presión arterial, glucemia, colesterol y el tabaquismo.

Por ello, no debemos quedarnos solo con la información de la parte teórica sino que hay que llevarla a la práctica, utilizar nuestros conocimientos y transformarlos en acción para así ofrecer los mejores servicios sanitarios a los pacientes y evitar hospitalizaciones innecesarias.

Confiemos en una óptima actuación de Enfermería con el fin de prevenir las Hospitalizaciones Evitables y conseguir que la Atención Primaria sea la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Declaración de Alma Atá. Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, Alma-Atá, URSS, 6-12 septiembre de 1978. Ginebra: OMS, 1978
2. Martín Zurro, A. La Atención Primaria de Salud. Conceptos y características. Organización de la Atención Primaria de Salud en España y Andalucía. En: Martín Zurro, A. Medicina Preventiva, Salud Pública y Comunitaria. Madrid: Elsevier; 2011: p. 27-32.
3. Martín Zurro A. Atención Familiar y Salud Comunitaria. Madrid: Elsevier; 2011.
4. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria. Conceptos Organización y Práctica Clínica. Madrid: Elsevier; 2008.
5. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Encuesta de morbilidad hospitalaria 2000 [Base de datos en internet]. Madrid: INE; 2000 [diciembre 2002; mayo 2013]. Disponible en: <http://www.ine.es/daco/daco42/daco421/ultipc.xls>
6. Lorenzo-Cáceres Ascanio A, Otero Puime, A. Publicaciones sobre evaluación de la Atención Primaria en España tras veinte años de reforma (1984-2004). Análisis temático y biométrico. Rev Esp Salud Pública [en línea] 2007; 81(2) [consultado: mayo 2013]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17081204>
7. Casanova C, Peiró R, Barba G, Salvador X, Colomer J, Torregrosa MJ. Hospitalización pediátrica evitable en la Comunidad Valenciana y Cataluña. Gac Sanit 1998; 12: 160-168.
8. Alfonso Sánchez JL, Sentís Vilalta J, Blasco Pérez S, Martínez Martínez I. Características de la hospitalización evitable en España. Med Clin 2004; 122(17): 653-658.
9. Menéndez-Asenjo A, Fuentes Leal C, Severiano Peña S. Hospitalización evitable por Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) en la Comunidad de Madrid. Reflexiones sobre su uso como medida de resultado de la Atención Primaria. Rev Adm Sanit 2003; 1(4): 657-678.

10. Alfonso JL, Sebastián V, Martínez M, Bueno FJ, Vila B. ¿Mejora la calidad con la implantación de Centros de Salud? Una visión desde la hospitalización evitable. *Rev Calidad Asistencial* 2004; 19(6): 388-395.
11. Alfonso JL, Sentís J, Blasco S, Martínez I. Características de la hospitalización evitable en España.
12. Gérvas J, Caminal Homar J. Las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) desde el punto de vista del médico de Atención Primaria. *Rev Esp Salud Pública* [en línea] 2007; 81(1) [Consultado: mayo 2013]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17081102>
13. Morera Salas M. Variabilidad geográfica y factores explícitos de las tasas de hospitalización por problemas de salud susceptibles de resolverse ambulatoriamente: el caso de Costa Rica. *Estudios de Economía Aplicada* [en línea] 2006; 24(3) [Consultado: mayo 2013]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30113807007>
14. Caminal J, Sánchez E, Morales M, Peiró R, Márquez S. Avances en España en la investigación con el indicador “Hospitalización por enfermedades sensibles a cuidados de Atención Primaria”. *Rev Esp Salud Pública* [en línea] 2002; 76(3) [mayo 2013]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17076303>
15. Valenzuela López MI, Gastón Morata JL, Melguizo Jiménez M, Valenzuela López M, Bueno Cavanillas A. Intervenciones Sanitarias en Atención Primaria que disminuyen la hospitalización por Ambulatory Care Sensitive Conditions en mayores de 65 años. *Aten Primaria*. 2007; 39(10): 525-534.
16. Beltrán J, Martínez N, Abadía B, Victoria M. Valides de indicadores de Hospitalización Evitable en el análisis de la calidad de los cuidados de Atención Primaria. En: Bernal E. Validación de indicadores de calidad utilizados en el contexto internacional: indicadores de seguridad de pacientes e indicadores de hospitalización evitable. 1ª ed. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008: 67-88.
17. Kozak LJ, Hall MJ, Owings MF. Trends in avoidable hospitalizations, 1980-1998. *Health Affairs* 2001; 20(2): 225-232.
18. Gérvas J. Hospitalizaciones evitables en España: el poderoso atractivo del hospital y la debilidad de la Atención Primaria. *Atlas VPM* 2007; 329-330.

19. Fornovi JJ. Indicadores de Calidad Preventivos por Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Almería: Consejería de Salud; 2013.
20. Fornovi JJ. Indicadores de Calidad Preventivos por Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC). Almería: Consejería de Salud; 2013.
21. Fornovi JJ. Indicadores de Calidad Preventivos por Diabetes descontrolada. Almería: Consejería de Salud; 2013.
22. Fornovi JJ. Indicadores de Calidad Preventivos por Asma en el adulto. Almería: Consejería de Salud; 2013.
23. Fornovi JJ. Indicadores de Calidad de Preventivos por Neumonía bacteriana. Almería: Consejería de Salud; 2013.
24. Fornovi JJ. Indicadores de Calidad de Preventivos por Infección del tracto urinario. Almería: Consejería de Salud; 2013.
25. European Observatory on Health Care System. WHO regional office for Europe. Health Care Systems in Transition. 1ª ed. España: AMS; 2000.
26. Durán J, Jodar G, Parellada N, Martín A, Pradas J. Reforma de la Atención Primaria de Salud: resultados económicos asistenciales y de satisfacción. Aten Primaria. 1999; 23: 474-478.
27. Antón F, Guerola JV, Catalán JB, Barbas MJ, Dura R, Richard MJ. Efectividad de las actividades preventivas a los 8 años de su introducción en una consulta de medicina general en un Centro de Salud. Aten Primaria 2001; 27: 38-42.
28. Subias PJ, García JR, Perula L, Grupo de evaluación del PAPPS. Efectividad de las actividades preventivas analizadas en el ámbito de Centros de Salud adscritos al Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). Aten Primaria 2000; 25: 383-389.
29. Ruiz R. Quince años de Atención Primaria. Centro de Salud 2001; 9(8): 489-492.

ANEXOS

Tabla 1.

Enfermos dados de alta por 100.000 habitantes por comunidades autónomas. Tasas. Año 2000.

Balears (Illes)	16.974
Navarra (Comunidad Foral de)	13.990
Cataluña	13.265
Aragón	12.306
Comunidad Valenciana	11.863
Castilla y León	11.540
Asturias (Principado de)	11.480
Total nacional	11.277
País Vasco	11.269
Madrid (Comunidad de)	11.236
Ceuta	10.932
Galicia	10.742
Canarias	10.551
Cantabria	10.534
Murcia (Región de)	10.120
Extremadura	10.079
Andalucía	9.940
Rioja (La)	9.687
Melilla	9.668
Castilla-La Mancha	9.327

Tabla 2.

**Tasas de hospitalización evitable por sexos
España, 2000**

Enfermedad	Tasas por 100.000 habitantes y año		
	Varones	Mujeres	Total
Angina	155,35	69,83	111,45
Asma	34,16	59,98	47,29
Celulitis	27,63	21,94	24,68
EPOC	305,55	105,59	203
Insuficiencia cardíaca congestiva	143,13	155	148,97
Deshidratación	3,13	3,71	3,42
Diabetes A, B, C	43,46	53,28	48,4
Gastroenteritis	44,42	41,65	42,93
Gran mal. Epilepsia	39,37	27,27	33,13
Hipertensión	17,05	22,45	19,78
Hipoglucemia	2,66	3,61	3,14
Infecciones del tracto urinario y del riñón	59,35	62,32	60,77
Neumonía	194,56	116,3	154,31
Infecciones otorrinolaringológicas severas	73,16	62,98	67,85
Trastornos inmunizables	2,82	2,84	2,83
Convulsiones	26,88	18,84	22,74
Tuberculosis pulmonar	17,05	6,2	11,48
Otras tuberculosis	4,2	3,25	3,71
Sífilis congénita	0,11	0,05	0,08
Problemas dentales	17,21	10,61	13,82
Anemia ferropénica	10,84	18,99	14,98
Deficiencia nutricional	0,21	0,2	0,21
Fallos en el crecimiento	0,48	0,56	0,52
Enfermedad inflamatoria pélvica	0	13,05	6,66
Total HE	1.222,79	880,49	1.046,1
Total HNE	6.152,56	7.057,74	6.614,7

HE: hospitalización evitable; HNE: hospitalización no evitable.

Tabla 3.

Tasas de hospitalización evitable por grupos de edad España, 2000

Enfermedad	Tasas por 100.000 habitantes y año			
	De 0 a 19 años	De 20 a 44 años	De 45 a 69 años	De 70 y más años
Angina	0,00	5,37	127,77	810,56
Asma	34,16	34,11	39,69	155,52
Celulitis	15,83	19,23	20,81	80,86
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	153,33	11,21	93,31	1.441,94
Insuficiencia cardíaca congestiva	0,58	3,06	67,66	1.400,24
Deshidratación	1,93	0,48	0,58	27,89
Diabetes A, B y C	14,57	33,64	33,11	245,11
Gastroenteritis	70,73	24,06	20,33	100,58
Gran mal y otras convulsiones	33,29	25,75	20,52	94,10
Hipertensión	0,39	5,50	23,33	121,71
Hipoglucemia	2,41	1,22	1,36	18,03
Infecciones del tracto urinario	45,06	17,87	29,23	366,54
Neumonía	115,99	46,14	68,92	936,78
Infecciones otorrinolaringológicas severas	181,70	23,38	13,94	68,46
Trastornos inmunizables	8,40	0,14	0,87	3,10
Convulsiones	54,42	8,70	8,13	27,61
Tuberculosis pulmonar	2,70	15,83	9,10	23,95
Otras tuberculosis	0,48	5,57	2,52	7,89
Sífilis congénita	0,29	0,00	0,00	0,00
Problemas dentales	6,85	16,51	14,04	20,57
Anemia ferropénica	1,35	4,62	9,87	110,72
Deficiencia nutricional	0,10	0,20	0,29	0,28
Fallos en el crecimiento	1,83	0,07	0,00	0,00
Enfermedad inflamatoria pélvica	0,19	13,86	4,07	2,25
Total HE	746,49	316,52	609,74	6.064,70
Total HNE	3.374,8	5.599,7	5.188,6	2.4107,9

HE: hospitalización evitable; HNE: hospitalización no evitable.

Tabla 4.

Causas más frecuentes de ingreso hospitalario en mayores de 65 años susceptibles de prevención desde la atención primaria. Porcentajes de prevención estimados

Causas de ingreso hospitalario	Porcentaje de ingresos evitables	
	Mediana ^a	Media ^b
EPOC agudización	55% (45-70%)	55% (51-59%)
Insuficiencia cardíaca descompensada	45% (20-50%)	41% (37-45%)
Accidente cerebrovascular	40% (20-50%)	38% (33-43%)
Caídas. Fracturas y traumatismos	30% (25-50%)	35% (30-40%)
Insuficiencia coronaria	25% (20-30%)	25% (22-27%)
Procesos cancerosos	20% (10-40%)	23% (18-28%)
Neumonía. Infección respiratoria baja	30% (20-40%)	32% (30-35%)
Descompensaciones diabéticas	70% (60-80%)	71% (67-75%)
Sepsis urinarias. Infección urinaria	40% (25-60%)	40% (35-46%)
Hemorragia digestiva (alta o baja)	60% (40-70%)	59% (54-64%)

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

^aMediana y rango de variación.

^bMedia e intervalo de confianza del 95%.

Tabla 5.

Altas médicas por enfermedades por comunidades autónomas. Tasas por 100.000 habitantes. Año 2000.

	Aparato circulatorio	Aparato digestivo	Aparato respiratorio	Síntomas y estados morbosos mal definidos.	Causas obstétricas directas	Tumores malignos	Sistema osteomuscular y tejido conectivo	Parto normal
Total nacional	1.382	1.237	1.084	769	704	666	675	394
Andalucía	1.113	1.117	853	659	863	510	478	482
Aragón	1.560	1.407	1.060	697	653	746	807	283
Asturias Principado de)	1.717	969	1.287	1.176	429	736	605	243
Baleares (Illes)	1.795	1.658	1.707	1.526	708	548	973	532
Canarias	1.195	1.009	869	767	690	436	570	585
Cantabria	1.428	1.086	1.278	645	592	581	630	183
Castilla y León	1.510	1.387	1.133	826	607	780	705	234
Castilla-La Mancha	1.337	1.144	959	588	643	511	390	403
Cataluña	1.578	1.390	1.353	1.122	535	798	917	490
Comunidad Valenciana	1.363	1.215	1.130	699	726	717	628	393
Extremadura	1.282	1.279	981	563	863	528	386	297
Galicia	1.477	1.224	1.169	540	584	767	670	265
Madrid (Comunidad de)	1.328	1.218	956	670	771	690	774	354
Murcia (Región de)	1.251	1.184	891	755	1.112	453	385	529
Navarra (Comunidad Foral de)	1.531	1.485	1.214	808	722	1.336	1.057	215
País Vasco	1.523	1.282	1.190	576	587	723	883	286
Rioja (La)	1.299	1.150	1.056	647	860	669	671	90
Ceuta	906	1.379	1.101	728	1.529	332	356	369
Melilla	780	828	750	421	1.642	230	155	828

Tabla 6.

Intervenciones realizadas desde la atención primaria que pueden reducir la frecuencia de hospitalización. Eficacia y factibilidad estimada para cada intervención		
	Eficacia	Factibilidad
1. EPOC agudización		
a. Consejo anti tabáquico	80% (50-90%)	70% (40-80%)
b. Control precoz de las agudizaciones	60% (40-70%)	50% (30-70%)
c. Vacunación antigripal	80% (40-90%)	90% (60-90%)
d. Cumplimiento terapéutico (uso de inhaladores, etc.). Seguimiento	60% (50-80%)	60% (20-70%)
2. Insuficiencia cardíaca descompensada		
a. Tratamiento correcto/revisiones	70% (40-80%)	60% (40-70%)
b. Control HTA. Detección fibrilación auricular	60% (40-70%)	60% (40-70%)
c. Educación sanitaria. Consejo anti tabáquico	40% (30-60%)	40% (20-60%)
d. Motivar al paciente en el tratamiento de su enfermedad y factores desencadenantes	40% (20-70%)	55% (30-70%)
3. Accidente cerebrovascular		
a. Control de factores de riesgo	60% (40-70%)	50% (30-70%)
b. Uso de antiagregantes (aspirina). Anticoagulación (fibrilación auricular, etc.)	60% (40-90%)	60% (30-80%)
c. Control de HTA	70% (60-80%)	70% (40-80%)
d. Mejorar el seguimiento y la revisión de los tratamientos	40% (25-70%)	40% (15-60%)
4. Caídas, Fracturas y traumatismos		
a. Evitar barreras arquitectónicas, uso de bastones, andadores, protectores	60% (30-80%)	30% (20-70%)
b. Mejor utilización de hipnóticos y tranquilizantes	70% (20-70%)	50% (20-50%)
c. Prevención de caídas. Consejos	50% (30-75%)	60% (35-80%)
d. Vigilar visión/audición	70% (40-90%)	65% (45-90%)
5. Insuficiencia coronaria		
a. Control de factores de riesgo metabólicos	50% (35-80%)	45% (20-60%)
b. Control de HTA	45% (20-60%)	45% (30-70%)
c. Mejorar el tratamiento farmacológico. Uso aspirina	30% (20-50%)	60% (30-70%)
d. Cumplimiento de medidas higiénico-dietéticas. Ejercicio. Consejo anti tabáquico	45% (40-60%)	40% (20-60%)
6. Procesos cancerosos		
a. Hábitos saludables. Consejo anti tabáquico	55% (40-75%)	50% (20-65%)
b. Detección precoz (clínica, mamografías, etc.)	30% (20-60%)	50% (20-60%)
c. Coordinación multidisciplinaria	50% (20-65%)	40% (20-50%)
d. Mejor conocimiento de cuidados paliativos	25% (15-40%)	60% (40-70%)
7. Neumonía. Infección respiratoria baja		
a. Inmunización correcta. Gripe	30% (20-50%)	55% (50-80%)
b. Valoración clínica adecuada. Detección precoz de síntomas	50% (30-60%)	40% (20-60%)
c. Tratamiento antibiótico correcto precoz	40% (20-60%)	50% (20-80%)
d. Seguimiento cercano	20% (20-50%)	20% (15-40%)
8. Descompensaciones diabéticas		
a. Educación sanitaria y dieta. Ejercicio	60% (40-70%)	40% (30-70%)
b. Óptimos controles glucémicos. Autocontroles	75% (70-90%)	60% (30-80%)
c. Favorecer y simplificar el tratamiento	40% (30-80%)	30% (20-50%)
d. Paso a insulina si no hay control con anti diabéticos orales	40% (20-70%)	70% (30-80%)
9. Sepsis urinarias. Infección vías urinarias		
a. Vigilar pacientes sondados, con enfermedad prostática, tratamiento cistocel/prolapso	65% (50-80%)	55% (50-75%)
b. Tratamiento antibiótico temprano	55% (50-70%)	65% (50-80%)
c. Medidas profilácticas. Higiene. Hidratación	50% (40-80%)	70% (50-80%)
d. Coordinación entre ámbitos asistenciales	40% (20-60%)	35% (20-60%)
10. Hemorragia digestiva (alta o baja)		
a. Protección gástrica	50% (30-80%)	80% (40-90%)
b. Control de gastrolesivos (AINE, etc.)	50% (40-70%)	80% (40-90%)
c. Evitar polifarmacia	50% (40-60%)	50% (20-60%)
d. Evitar factores de riesgo	40% (30-50%)	30% (10-40%)

AINE: antiinflamatorios no esteroideos; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; HTA: hipertensión arterial.

Tabla 7.

Estancia media en hospitales del Sistema Sanitario Público. Andalucía, otras Comunidades Autónomas y España, 2001-2010.

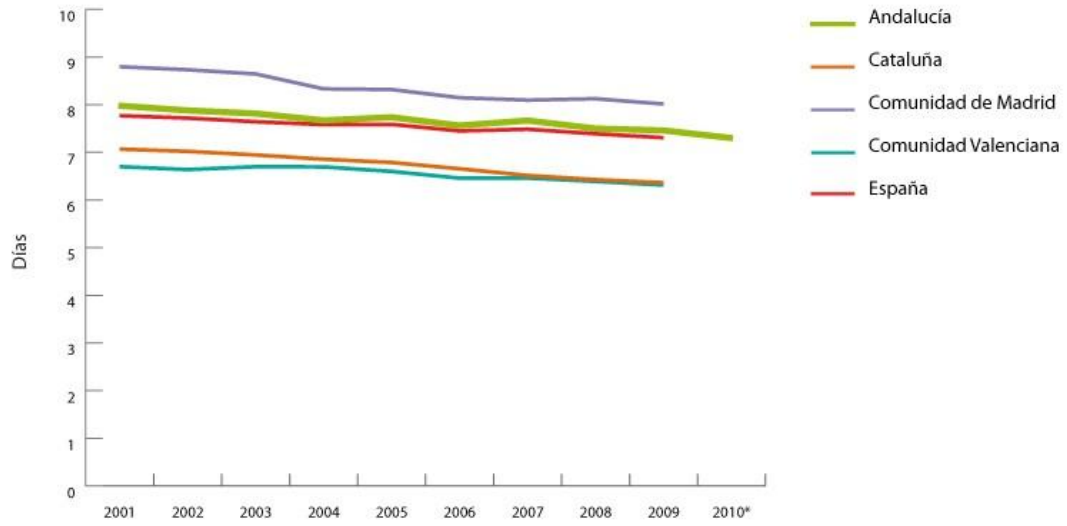


Tabla 8.

Características de la Atención Primaria en los países europeos con sistemas de personal y titularidad públicos					
	España	Finlandia	Portugal	Suecia	media
Días de espera para la consulta (%)					
0-1 días	92	39	50	37	57
2-4 días	8	22	10	9	13
5-8 días	0	33	15	27	18
>8 días	0	6	25	27	13
Pacientes / semana por médico (media)	154	94	89	90	103
Duración de las consultas (%)					
<5 minutos	52	29	30	36	37
5-9 minutos	35	27	25	27	29
10-14 minutos	10	29	29	17	22
>15 minutos	3	15	16	20	13
Tipo de problema (%)					
Agudo	34	38	17	35	31
Subagudo	18	21	13	23	18
Crónico	43	29	55	39	42
Prevención	5	11	13	2	8
Otros	0	1	2	1	1
Consultas Previas (%)					
Mismo problema	64	49	78	62	63
Otro previa	79	69	90	78	79
Para un miembro de la familia	70	54	82	54	66
Resolución (del problema) (%)					
No	48	40	24	30	36
Mismo médico	41	44	64	57	51
Otro médico de AP	1	9	1	3	4
Especialista	10	7	11	10	9

Tomado de: European Observatory on Health Care Systems. WHO Regional Office for Europe. Health Care Systems in Transition. Spain. AMS 5012667 (SPA) Target 19 2000.