

## Diferencias entre residencias de ancianos en pacientes institucionalizados de una provincia andaluza

Recibido el 30-06-2021; aceptado para publicación el 27-08-2021

Sr. Director:

El envejecimiento de la sociedad es una realidad. Este envejecimiento, la incorporación de la mujer en el mercado laboral y el aumento de la esperanza de vida, entre otros factores, han supuesto un incremento en la institucionalización. Se ha producido un aumento del número de residencias de ancianos en todo el país. Orientada desde un carácter biopsicosocial los centros residenciales aportan características básicas, como alojamiento, asistencia de sus actividades básicas, atención social y sanitaria. Se ha realizado un estudio acerca de "mortalidad, calidad de vida y uso de recursos sanitarios: diferencias entre pacientes institucionalizados y en atención domiciliaria en la provincia de Sevilla".

Se trata de un estudio observacional descriptivo longitudinal prospectivo de cohortes llevado a cabo en Sevilla durante el año 2016, cuenta con 1314 pacientes ancianos de características similares (1061 institucionalizados y 253 atención domiciliaria) durante el período de un año.

Las variables estudiadas fueron la mortalidad y sus factores potenciales y el uso de recursos sanitarios, entre otras. No se encontraron diferencias en la mortalidad entre pacientes en residencia y en domicilio (riesgo relativo, RR=1,044; intervalo de confianza, IC al 95 % 0,74-1,46; p=0,799).

En el grupo de los pacientes institucionalizados se estudió si existían diferencias significativas entre las distintas residencias respecto a la mortalidad, siendo positivo el resultado (p=0,001). Se observó que en algunas de ellas la mortalidad era muy diferente a la esperada (para que no existieran diferencias), llegando incluso a ser la mitad en algunas. Por este motivo se analizaron las residencias en función del número de residentes.

Según esta clasificación, se entiende como una residencia de gran tamaño aquella que cuenta con más o igual a 50 plazas y de pequeño tamaño si el número de plazas es menor a 50. También se analizó según si había diferencias respecto al carácter de la entidad, religioso (donde el cuidado está al cargo de monjas) o no. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

No se encontraron diferencias significativas respecto a la mortalidad en relación al tamaño de la residencia (p=0,062). No obstante, el número de fallecidos en las residencias pequeñas fue menor que el número de pacientes fallecidos estadísticamente esperado según la hipótesis nula (igualdad de mortalidad entre grupos).

Si había diferencias estadísticamente significativas entre las residencias de carácter religioso y el resto (p=0,004). En las residencias donde las monjas son las cuidadoras la mortalidad fue menor.

También se analizó si existían diferencias entre las diferentes residencias en relación con el número de avisos a su médico de atención primaria (MAP) y a dispositivos de urgencias (DCCUU), encontrándolas (p<0,001). Se agruparon las residencias en función del número de plazas al igual que en el análisis anterior (grandes y pequeñas) y se estudió si había diferencias entre ambos en función del número de avisos, no existiendo ni para avisos a su MAP (p=0,156), ni para aquellos solicitados a los DCCU (p=0,53). No obstante, aunque las diferencias no fueron significativas, el número de avisos fue considerablemente mayor en las residencias de gran tamaño. (Tabla 1)

En este estudio se encuentran diferencias entre las residencias en función de la mortalidad. Hay muy poco descrito en la bibliografía acerca de

Tabla 1. Uso de recursos sanitarios y características de las residencias

	Residencia	Media	DT
Avisos MAP	Grande ≥ 50 plazas	0,81	1,89
	Pequeña < 50 plazas	0,79	1,97
Avisos DCCUU	Grande ≥ 50 plazas	0,5	1,08
	Pequeña < 50plazas	0,34	0,9

este tema, por lo que parece interesante analizar las posibles desigualdades que podían existir entre ellas. Habiendo encontrado diferencias entre residencias en cuando a la mortalidad, se analizan los resultados para estudiar si existe alguna característica que distinga a los distintos centros. Así, se plantea que una de las causas puede ser el número de residentes. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas respecto a la mortalidad en relación al tamaño de la residencia ( $p = 0,062$ ). No obstante, el porcentaje del número de fallecidos en las residencias pequeñas fue menor (12,17%) que el porcentaje de las residencias grandes (22,2%). Analizando si existía alguna otra característica diferenciadora, se detectó que en aquellas residencias en las que las cuidadoras eran monjas tenían un índice de mortalidad menor. Así, agrupando las residencias en carácter religioso o no, si se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,004$ ) en relación a la mortalidad.

Aunque las diferencias no fueron de carácter significativo, la media del uso de recursos sanitarios fue bastante mayor en aquellos pacientes que se encontraban en residencias grandes. Estos resultados invitan a pensar que el trato cercano y personal, que permite conocer a los residentes, sus características y su evolución, podría justificar el menor uso de recursos e incluso la menor mortalidad. Las residencias grandes suelen hacer más cambios y contar con una plantilla más amplia, que al llevar a tantos pacientes a su cargo no pueden conocerlos con la misma profundidad que en aquellas residencias donde el número de residentes es menor. Se podría hacer una similitud con el menor número de pruebas complementarias y menor mortalidad en pacientes cuyo seguimiento es realizado siempre por el mismo médico.

Estos datos invitan a reflexionar a la importancia del seguimiento longitudinal y cercano de los pacientes en atención primaria.

## AGRADECIMIENTOS

Este proyecto ha recibido financiación a través de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria con el Premio Becas "Isabel Fernández" para la elaboración de proyectos de investigación y tesis doctorales en su convocatoria de 2017 (Ref. Exp. 146 / 17).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Madrigal Muñoz A. Los servicios sociales para personas mayores en España. In: Informe 2016 Las personas mayores en España Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas [Internet]. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2017. p. 309–88. Available from: [http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/112017001\\_informe-2016-persona.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/112017001_informe-2016-persona.pdf)
2. Barenys MP. Las residencias de ancianos y su significado sociológico. *Pap Rev Sociol.* 2016;40:121–35.
3. Huesa Andrade M, Pedregal González M, Bohórquez Colombo P, Calvo Gallego J. Diferencias entre pacientes institucionalizados y pacientes en atención domiciliaria en la provincia de Sevilla. *Aten Primaria.* 2020; 52 (7): 488–495.
4. Huesa Andrade M, Pedregal González M, Bohórquez Colombo P, Calvo Gallego J. Mortalidad y uso de recursos sanitarios en pacientes ancianos en la provincia de Sevilla: diferencias entre pacientes institucionalizados y en atención domiciliaria. *Medicina de Familia SEMERGEN.* 2021; 47: 106-113. DOI:10.1016/j.semerg.2020.07.004.

Huesa Andrade M<sup>1</sup>, Calvo Gallego JL<sup>2</sup>,  
Pedregal González MA<sup>3</sup>, Bohórquez Colombo P<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Ronda Histórica. Sevilla

<sup>2</sup>Profesor universitario de la Escuela Superior de Ingeniería de la Universidad de Sevilla

<sup>3</sup>Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Técnico de Salud de la Unidad Docente Medicina Familiar y comunitaria de Huelva. Distrito Sanitario Huelva – Costa. Huelva

<sup>4</sup>Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Directora médica CS de María Auxiliadora. Sevilla

E-mail: macahuesa@gmail.com