

## Psicogeriatría y unidades de media estancia

Miralles Basseda, R.

Servicio de Geriatría. Instituto de Atención Geriátrica y Sociosanitaria (IAGS). Centro Geriátrico Municipal. Hospital de la Esperanza y Hospital del Mar. IMAS. Barcelona.

Las unidades de media estancia o convalecencia (UME-UCO) constituyen uno de los recursos asistenciales más importantes en la atención geriátrica. Clásicamente están dirigidas a aquellos pacientes en los que una vez superada la fase aguda de una enfermedad, requieren vigilancia médica, cuidados de enfermería y soporte de rehabilitación, todo ello con los objetivos básicos de restablecer las funciones perdidas y/o adaptarse a la nueva situación de salud, para finalmente poder reinsertarse en la comunidad<sup>1</sup>. La importancia de este recurso asistencial se fundamenta también en el hecho de que el modelo de la media estancia permite la aplicación de los principios de la valoración geriátrica en un entorno favorable en donde la intervención puede ser de mayor intensidad y con una duración adecuada (intervención de un equipo interdisciplinar durante las 24 horas del día y durante períodos de tiempo más prolongados que en el entorno hospitalario convencional<sup>2</sup>. No en vano, fue en estas unidades en donde pudo demostrarse por primera vez la eficacia de los programas de valoración geriátrica, habiéndose demostrado en estudios controlados que el ingreso en estas unidades permite mejorar la supervivencia y la capacidad funcional de los pacientes, retrasar o evitar la institucionalización definitiva, disminuir el número de reingresos hospitalarios y mejorar el nivel de satisfacción de los usuarios<sup>3,4</sup>.

El desarrollo y la implantación de los distintos modelos de unidades de media estancia ha ido variando a lo largo de los años y en los distintos países en donde se han ido implantando. Dichas diferencias se deben en general al perfil de los pacientes ingresados, a la mayor o menor disponibilidad de técnicas sanitarias y a la distribución de recursos sociosanitarios existentes en el entorno en donde desarrolla su actividad la UME-UCO<sup>5</sup>. Dentro de la diversidad, la mayoría de las UME-UCO convencionales han desarrollado modelos basados en la rehabilitación y en los cuidados de enfermería a medio plazo, focalizando sus objetivos en la mejoría de la capacidad funcional y en conseguir el retorno al domicilio<sup>6</sup>. En general las UME-UCO geriátricas suelen ser polivalentes y atienden a grupos heterogéneos de ancianos con pluripatología y discapacidad reciente. En algunos entornos sanitarios se han desarrollado modelos de media estancia específicos para determinados tipos de patologías altamente prevalentes, siendo los más consolidados el de las unidades de ictus para pacientes ancianos con enfermedades cerebrovasculares y las unidades ortogeriátricas para pacientes en fase de rehabilitación y/o convalecencia tras fracturas de cadera y/u otros procesos de cirugía ortopédica<sup>7,8</sup>.

Véase, pues, que el modelo de la media estancia se caracteriza por la diversidad y la heterogeneidad de sus distintas unidades, siendo amplio el abanico de pacientes que pueden beneficiarse. En este sentido las unidades de media estancia psicogeriátricas, de las cuales Ferré et al nos ofrecen una experiencia en este mismo número de la revista, constituyen un buen ejemplo de ello. Los pacientes ancianos con enfermedades psíquicas (principalmente demencia), presentan una serie de características que podrían encajar en un modelo asistencial de media estancia, destacan entre éstas: 1. Fragilidad extrema que condiciona fácilmente deterioro de la capacidad funcional ante procesos intercurrentes;

*Correspondencia:* R. Miralles Basseda. Servicio de Geriatría, Unidad de Convalecencia. Hospital de la Esperanza, IMAS. San José de la Montaña, 12. 08024 Barcelona..

2. Evolución clínica fluctuante fuertemente condicionada por el entorno familiar y social en que viven (alto riesgo de claudicación familiar); 3. Síntomas conductuales mal tolerados en general por la familia y que difícilmente encuentran atención y soporte en los niveles asistenciales convencionales.

El modelo de la media estancia psicogeriatrica que presentan Ferré et al, además de disponer de los elementos indispensables necesarios para la atención geriátrica habitual en una UME-UCO (sistema de trabajo en equipo basado en los principios de la valoración geriátrica, valoración previa interdisciplinar y al ingreso, utilización de instrumentos e indicadores para los principales variables geriátricas: capacidad funcional, comorbilidad, estado nutricional, etc.), aporta los elementos propios y específicos para pacientes ancianos con patologías neuropsiquiátricas, destacando entre estos: la valoración neuropsiquiátrica sistematizada, el uso racional y protocolizado de los psicofármacos y el manejo sistematizado de los síntomas conductuales (agresividad, trastornos del sueño, etc.). Son destacables en este sentido las mejorías conseguidas por los autores en el control de los síntomas de la esfera psíquica.

Las características diferenciales de los pacientes con demencia u otras patologías neuropsiquiátricas, son las que van a condicionar las diferencias de estas unidades con el resto de las UME-UCO convencionales. Algunas de estas diferencias pueden apreciarse analizando los resultados aportados en el artículo publicado en este mismo número de la revista por Ferrer et al. Así mientras en las UME-UCO convencionales la mayoría de los pacientes ingresan procedentes de los hospitales con motivos predominantemente sanitarios (fase post-aguda o convaleciente de algún proceso o enfermedad), en las UME-UCO psicogeriatricas predominan los ingresos procedentes del domicilio y los motivos de ingreso tienen un mayor componente psicosocial. Incluso una proporción significativa de dichos ingresos tienen un objetivo de contención social y descanso para los familiares y/o cuidadores. Probablemente este hecho condiciona la necesidad de una mayor aproximación y coordinación con los recursos sociales comunitarios y con la red de salud mental comunitaria, en contraposición con la estrecha relación y coordinación que mantienen las UME-UCO convencionales con sus hospitales de referencia. Por otra parte, destaca también un mayor protagonismo de la evaluación neuropsiquiátrica que requiere un mayor contacto con otros especialistas (neuropsicólogo, psiquiatra, etc.).

Los indicadores de eficiencia de estas unidades no pueden ser los mismos que se aplican en las UME-UCO convencionales, que están basados principalmente en la mejoría de la capacidad funcional y el retorno al domicilio. Deben buscarse variables que evalúen otros posibles beneficios para los pacientes y/o sus familiares derivados del ingreso en la unidad. En este sentido, los indicadores evaluados por Ferré et al, tales como el control de síntomas conductuales (agresividad, insomnio) y el número de psicofármacos al alta, constituyen un buen ejemplo de ello. Posiblemente también serían válidos indicadores que evalúen el beneficio indirecto sobre familiares y cuidadores (nivel de satisfacción, consumo de recursos sociosanitarios, institucionalizaciones evitadas, etc.).

Finalmente, tal y como comentan los autores, a medida que las unidades de psicogeriatrica de media estancia vayan desarrollándose e implantándose, será posible homogeneizar los criterios de ingreso, los instrumentos de medida y definir los parámetros de calidad y eficiencia. Muy recientemente la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología ha publicado un documento técnico sobre la demencia, haciendo referencia al papel de los distintos niveles asistenciales geriátricos en la atención al paciente con demencia<sup>9</sup>. En dicho documento se hace referencia a la atención especializada en el nivel de la media estancia, estableciéndose entre sus objetivos: 1. La atención de cuidados postagudos de pacientes complejos, 2. La convalecencia y la rehabilitación funcional y 3. Ofrecer entornos seguros y adecuados para efectuar el diagnóstico diferencial, controles de conducta, programas de psicoestimulación y establecer un plan de trabajo de apoyo a los familiares. Finalmente, sería deseable que en el futuro, iniciativas como esta fuesen extendiéndose en nuestro entorno, con el objetivo de animar a las autoridades sanitarias a favorecer la implantación de estas unidades asistenciales que, sin duda, aportan una ayuda inestimable en el tratamiento y manejo de una patología tan discapacitante y tan compleja como es la demencia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ávila Tato R, Vázquez Rodríguez E, Baztan Cortés JJ. Unidades de media estancia geriátricas: perspectiva histórica, parámetros de funcionamiento y dilemas actuales. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2000;35:3-14.
2. Miralles Basseda R. Valoración e intervención geriátrica: ¿Cuánto y dónde? *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1999;34:59-61.
3. Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, English PA, Sayre JA, Kane RL. Effectiveness of a Geriatric Evaluation Unit. A randomized clinical trial. *N Engl J Med* 1984;311:1664-70.
4. Applegate WB, Miller ST, Graney MJ, Elam JT, Burns R, Akins DE. A randomized, controlled trial of a Geriatric Assessment Unit in a community rehabilitation hospital. *N Engl J Med* 1990;322:1572-8.
5. Miralles Basseda R. Selección de pacientes en una unidad geriátrica de media estancia o convalecencia: factores pronósticos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2000;35:38-46.
6. Baztán Cortés JJ, Hornillos Calvo M, González-Montalvo JI. Encuesta sobre la estructura y actividad de las unidades geriátricas de media estancia y convalecencia en España. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2000;35:61-76.
7. San Cristóbal Velasco E, Solano Jaurrieta JJ. Unidades de ictus: estructura, actividad, eficacia y eficiencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2000;35:15-22.
8. Santamaría Ortiz J. Unidades ortogerátricas: estructura, actividad, eficacia y eficiencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2000;35:23-30.
9. Arriola Manchola E, García Navarro JA, Fernández Viadero C, Alaba Trueba J, Varona Alonso M, Maturana Navarrete N, et al. Papel de los distintos niveles asistenciales geriátricos en la atención al paciente con demencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002;37(Suppl 4):26-34.