

Evaluación de la actividad de una unidad de media estancia de psicogeriatría

Ferré Jodra, A.*; Capdevila Ordóñez, M.**; García Lidón, E.*** y Almenar Monforte, C.****

* Médico especialista en Medicina Interna. ** Trabajadora social. *** Médico especialista en Psiquiatría. **** Médico especialista en Neurología. Departamento de Psicogeriatría de Servicios Asistenciales Torribera. Santa Coloma de Gramenet. Barcelona.

RESUMEN

OBJETIVO: Evaluar la actividad de una unidad de media estancia de psicogeriatría a los 10 meses de su implantación.

MÉTODO: Estudio descriptivo prospectivo sobre 64 pacientes en el que se analizaron perfil clínico-social, objetivos al ingreso, tiempo de estancia, cambios en funcionalidad, trastornos de conducta o uso de fármacos, complicaciones, procedencia y destino final. Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSSv10.

RESULTADOS: Medias: edad 78,3 años, estancia hospitalaria 42 días, I. Charlson 2,1. Tenían GDS > 4 el 86%. Como síndromes geriátricos predominaron incontinencia e inmovilidad. El objetivo fue evaluador/terapéutico en el 73% de casos y contención social en el resto. La media de I. Barthel al ingreso/alta fue 32/43, la presencia de agresividad o trastorno del sueño al ingreso/alta fueron 22%/12% y 34%/3%, la media de fármacos y psicofármacos al ingreso/alta fue respectivamente 5,2/4,7 y 2,2/1,9. Los principales diagnósticos neuropsiquiátricos fueron demencia y depresión. La procedencia mayoritaria fue domicilio, seguida de hospital. El destino final fue domicilio en un 50% e institucionalización definitiva en un 36%.

CONCLUSIONES: Hubo mejoría global de funcionalidad y de trastornos de agresividad y sueño, así como reducción del número de fármacos. Se observó un importante porcentaje de institucionalización al alta.

Palabras clave

Psicogeriatría. Media estancia. Asistencia geriátrica.

Evaluation of the activity in a mean stay unit of psychogeriatrics

SUMMARY

OBJECTIVE: To evaluate the first ten months of a «medium term stay in a psycho-geriatric unit».

Correspondencia: A. Ferré Jodra. UFISS de Demencias. Departamento de Psicogeriatría. Servicios Asistenciales Torribera. Prat de la Riba, 171. 08921 Santa Coloma de Gramenet. Barcelona.

Recibido el 23-10-01; aceptado el 14-05-02.

METHODS: Descriptive, prospective study of 64 patients in whom clinical/social patterns, admission objectives, hospital length of stay, changes in functional capacity, behavioral disorders and drug use changes, complications, origin, and destination at discharge were analyzed. The SPSSv10 statistical program was used to analyze the data obtained.

RESULTS: Means age 78 years, hospital length of stay 42 days, Charlson index value 2.1. The GDS classification was greater than 4 in 86% of the patients. The most frequent geriatric syndromes were incontinence and immobility. The objective was assessment or treatment in 73% of the cases and social aid for the remainder. The mean Barthel index at admission/discharge was 32/43. Aggression and sleep disorders at admission/discharge were present in 22%/12% and 34%/3%. Global drug and psychoactive drug use at admission/discharge were 5.2/4.7 and 2.2/1.9 respectively. The main neuro-psychiatric diagnoses were dementia and depression. The patient's origin was mainly from the home and hospital. Final destination was home in 50% and definitive institutionalization in 36%.

CONCLUSIONS: There was global improvement in functional capacity, aggression and sleep disorders, as well as a reduction in drug use. We observed a high percentage of patients being institutionalized at discharge.

Key words

Psychogeriatrics. Intermediate care units. Geriatric care.

INTRODUCCIÓN

Surgieron, en la década de los ochenta, las unidades de media estancia geriátrica con la intención de atender a aquellos pacientes geriátricos que, una vez sobrepasada la fase aguda de su enfermedad, requieren cuidados médicos, rehabilitadores y de enfermería que no pueden ni deben darse de forma ambulatoria, con el fin de restablecer funciones alteradas como consecuencia de diferentes procesos previos y favorecer la reintegración a domicilio habitual. Este tipo de atención ha de ser limitada en el tiempo: mayor a la habitual en una unidad de hospitalización de agudos, y menor a la aceptable para recursos de larga estancia¹⁻⁴.

Dada la gran heterogeneidad de perfiles de los pacientes candidatos a este tipo de cuidados, en los últimos años se han ido definiendo subunidades más específicas de media estancia como son convalecencia, cuidados paliativos, cuidados subagudos y, más recientemente en Cataluña, media estancia de psicogeriatría⁵⁻⁸.

El prototipo de paciente atendido en las unidades de convalecencia (que son las más cercanas, conceptualmente, a las de psicogeriatría) es un paciente geriátrico con deterioro funcional potencialmente recuperable, estabilidad clínica, ausencia de deterioro severo que interfiera en el programa rehabilitador, ausencia de enfermedad terminal y, preferiblemente, de problema social grave que haga ineludible la institucionalización posterior. Como particularidades de las unidades de media estancia de psicogeriatría habría que destacar que entre los criterios de ingreso sería determinante la presencia de deterioro cognitivo secundario a demencia u otro tipo de psicopatología, y que entre los procesos a tratar serían de especial interés aquellos relacionados con este deterioro cognitivo, como son los trastornos psicóticos o de conducta, que no siempre conllevan deterioro funcional pero sí afectan a la calidad de vida y suelen tener un importante impacto en el entorno familiar.

Se han ido consensuando (sobre todo en las unidades de convalecencia), además de los criterios de ingreso, parámetros de adecuación de estructura, ubicación y personal, y parámetros de evaluación de actividad en términos de eficacia/eficiencia, observando variables como mejoría funcional, días de estancia, institucionalización posterior definitiva, complicaciones o mortalidad.

El objetivo de este trabajo es evaluar la actividad inicial de una unidad de media estancia de psicogeriatría (dotada de 12 camas y ubicada en un hospital psiquiátrico de agudos, subagudos y crónicos), considerando:

- El perfil clínico y social de los pacientes ingresados, los problemas que condicionaron el ingreso y los objetivos que se establecieron para el mismo.
- El tiempo de ingreso.
- Los cambios obtenidos en cuanto a funcionalidad, a síndromes geriátricos y a trastornos del conducta (agresividad y alteración del sueño).
- Las complicaciones.
- La reducción de fármacos durante el ingreso.
- La procedencia y el destino final de los pacientes.

MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo prospectivo, de 10 meses de duración, en el que se evaluaron datos de cada paciente en dos cortes transversales, al ingreso y al alta.

Entraron en el estudio un total de 64 pacientes, dados de alta consecutivamente en el período comprendido entre 1 de octubre de 2000 y 31 de julio de 2001.

Circuito evaluador

1. Se realizó una *valoración previa al ingreso* en la que se determinó la conveniencia o no del mismo y se marcaron objetivos. Esta valoración corrió a cargo del equipo formado por médico geriatra, trabajadora social y enfermera. Habitualmente el contacto fue directo con paciente y familia, excepto en algunos casos de derivación desde hospital de agudos o urgencia social, en los que se hizo telefónicamente con el personal asistencial responsable del paciente.

2. *Valoración en el momento del ingreso* por geriatra, enfermera y trabajadora social. Se decidía entonces la necesidad de valoración por psiquiatra, neurólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional o neuropsicólogo adscritos a la unidad. En el caso de entrar en programa de fisioterapia, ésta podía ser rehabilitadora o de mantenimiento. En cuanto a la terapia ocupacional, podía ser de recuperación de actividades básicas de la vida diaria o de ocupación de ocio/tiempo libre.

3. *Reunión interdisciplinar* a la semana del ingreso (con todos los profesionales que intervenían en el caso) y reunión interdisciplinar a las 3 semanas para orientación del alta.

4. Durante el ingreso se realizaron las *entrevistas familiares* que se consideraron necesarias para la preparación del alta. La información médica fue a demanda.

Se valoraron diferentes parámetros, algunos de ellos en una sola determinación y otros con valoraciones al ingreso y al alta:

1. Datos sociodemográficos y administrativos: edad, sexo, estado civil, núcleo de convivencia, perfil del cuidador principal, servicio derivador, procedencia y destino al alta del paciente y total de días de ingreso.

2. Datos clínicos:

a) *Al ingreso*: diagnóstico principal y diagnósticos secundarios, motivo/s desencadenante/s de ingreso (patología aguda médico-quirúrgica, patología psiquiátrica, trastorno del comportamiento, deterioro funcional o problemática social), objetivo/s general/es al ingreso (evaluador, terapéutico o contención social), comorbilidad –Índice de Charlson⁹–, grado de deterioro cognitivo –clasificación GDS de Reisberg de grados de intensidad de demencia¹⁰, utilizada en pacientes con enfermedad de Alzheimer y sin ella de forma equivalente– y parámetros nutricionales (albúmina e IMC –índice de masa corporal).

b) *Al alta*: diagnósticos al alta, complicaciones durante el ingreso, profesionales que intervinieron y tipo de intervención psicológica si se llevó a cabo.

TABLA 1.

	Ingreso	Alta	p
Nº total de pacientes	64	64	
Hombres /mujeres (%)	40/60		
Edad (x)	78,3 (44 - 99)		
hombres:	76,7		
mujeres	79,3		< 0,05
Días de estancia (x)	41,7 (5 - 141)		
I. Charlson	2,1 (0 - 6)		
GDS (%) 1-3	14,1		
4	7,8		
5	18,8		
6	32,8		
7	21,9		
N.º de síndromes geriátricos (x)	3,58	3,11	< 0,05
I. Barthel (x)	30,7	42,5	< 0,05
Ganancia funcional (IBA-IBI) (x)		10,6	
I. Heinemann (x)		15%	
ganancia/DS media (x)		0,50	
Ganancia funcional/ estancia		0,25	
Agresividad (%)	22	12,5	0,12
Trastorno del sueño (%)	34,4	3,2	< 0,05
Nº de fármacos (x)	5,2	4,7	< 0,05
Nº de psicofármacos (x)	2,2	1,9	< 0,05

x: media aritmética. GDS: escala de deterioro global. IBA: I. Barthel al alta. IBI: I. Barthel al ingreso.

c) *Comparaciones ingreso/alta*: presencia de síndromes geriátricos (inmovilidad, caídas, incontinencia, confusión, demencia, déficits sensoriales, úlceras por presión, malnutrición, polifarmacia), funcionalidad para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel)¹¹, presencia de agresividad y de alteración del patrón del sueño (Neuropsychiatric Inventory-Nursing home -NPI-NH-)¹², versión abreviada para agresividad y trastornos del sueño, con al menos dos ítems positivos para cada parámetro y repercusión en la dinámica familiar) y número de fármacos y de psicofármacos.

Como *parámetros de eficacia* en cuanto a ganancia funcional se utilizaron el índice de Heinemann [(IBA-IBI) por 100 /100 -IBI] y el coeficiente media de IBA-IBI/ desviación estándar de la media (IBI: I. Barthel al ingreso, IBA: I. Barthel al alta).

Como *parámetros de eficiencia* se utilizaron la estancia media y el cociente IBA-IBI/ estancia en días.

Se consideró **síndrome de inmovilidad** aquella situación de encamamiento continuado, o bien de pérdida de la marcha o fragilización de la misma, de manera aguda o subaguda con causa potencialmente reversible, o bien de aparición de complicaciones (úlceras por presión, trombosis venosa profunda o intolerancia al ortostatismo).

Se consideró **síndrome de caídas** aquella situación con evidencia de al menos una caída no justificada en los últimos 6 meses. Al alta se añadieron los casos de caídas detectadas en el centro. Solo se retiró la etiqueta del síndrome en el caso de clara resolución del cuadro causante (p. ej, intoxicación farmacológica o enfermedad aguda).

Se consideró **confusión** el delirium medido con criterios de CAM (*confusion assessment method*)¹³ y, en pacientes con demencia que ya presentaran alguna sintomatología confusional, cuando en ésta había cambios bruscos no justificables por la progresión natural de la demencia.

En cuanto a los **déficits sensoriales** (visión, audición) se consideraron únicamente los que eran severos u obvios (los problemas cognitivos y perceptivos de los pacientes impidieron el uso sistemático de escalas), tanto por observaciones en la sala como por historial referido por la familia.

Se consideró **malnutrición** la presencia simultánea de albúmina inferior a 3,5 g/l y bajo índice de masa corporal (IMC), la pérdida objetivada de más de un 10% de peso en un período reciente, o la disminución reciente y severa de la ingesta.

Polifarmacia se definió como la toma de más de 7 fármacos o de más de 3 psicofármacos.

No se utilizaron escalas de cribaje de depresión. Cuando esta se sospechó, hubo valoración directa por psiquiatra. Se aplicó la escala GDS de Reisberg para el grado de deterioro cognitivo y, si entre los objetivos figuraba el estudio o estadiaje de la demencia, se hizo estudio neuropsicológico.

Análisis de resultados: se utilizó el programa estadístico SPSS versión 10. Para variables de distribución normal se utilizaron las pruebas T de Student, McNemar y ANOVA. Como pruebas no paramétricas se utilizaron Wilcoxon y U de Mann Whitney. Se aceptó un error alfa de 0,05.

RESULTADOS

Entraron en el estudio un total de 64 pacientes, de los cuales el 60% fueron mujeres y el 40% hombres, con edades comprendidas entre los 44 y los 99 años y con media de 78,3 años (superior para las mujeres). Tres pacientes, afectos de demencia en fase evolucionada eran menores de 65 años (tabla 1).

Los diagnósticos neuropsiquiátricos principales al alta quedan reflejados en la tabla 2, siendo en un 73% de los casos algún tipo de demencia, en un 14% patología psiquiátrica y en un 13% otra patología neurológica. Del 64% de demencias que fueron etiquetadas, el 73% correspondió, a partes iguales, a enfermedad de Alzheimer y demencia vascular. De entre las patologías psiquiátricas predominó la depresión. Entre los pacientes que ingresaron tras patología médico-quirúrgica aguda (39%) predominaron los procesos respiratorios (28%), las fracturas de fé-

TABLA 2. Diagnósticos neuropsiquiátricos al alta. Expresados en número de casos. N= 64.

		Con trastorno del comportamiento y/o del sueño	Con síntomas psicóticos	Total (%)
Demencia vascular	8 (en un caso, depresión asociada)	2	1	11 (17,2)
Demencia tipo Alzheimer	7	4		11 (17,2)
Demencia mixta	1	1		2 (3,1)
Demencia por C. de Lewy	2	1		3 (4,7)
Demencia fronto-temporal	2	1		3 (4,7)
Demencia no especificada	11	4	2	17 (26,6)
Depresión	3		2	5 (7,8)
Trastorno histérico de la personalidad	3			3 (4,7)
Esquizofrenia paranoide	1			1 (1,5)
Otros diagnósticos neurológicos	1 AVC con síntomas psicóticos 2 E. Parkinson con deterioro cognitivo 1 Hematoma subdural + demencia 1 ELA 1 PSP con deterioro cognitivo 1 Corea con sintomatología depresiva 1 HNT			8 (12,5)

AVC= accidente vascular cerebral. ELA= Esclerosis lateral amiotrófica. PSP= Parálisis supranuclear progresiva. HNT= Hidrocefalia normotensiva.

mur (20%), las intoxicaciones por fármacos (8%) y los accidentes vasculares cerebrales (8%). Entre el resto de patologías causantes de ingreso había *delirium*, cirugía ortopédica, infecciones urinarias complicadas, polineuropatía, cardiopatía isquémica avanzada e hipertiroidismo.

Los problemas que condicionaron el ingreso (los pacientes podían presentar más de uno) quedan reflejados en la figura 1, predominando el deterioro funcional (52%), la problemática social (55%) y los trastornos de conducta (42%).

El objetivo general al ingreso (fig. 2), fue evaluador o terapéutico en tres cuartas partes de los casos. En el resto fue contención social.

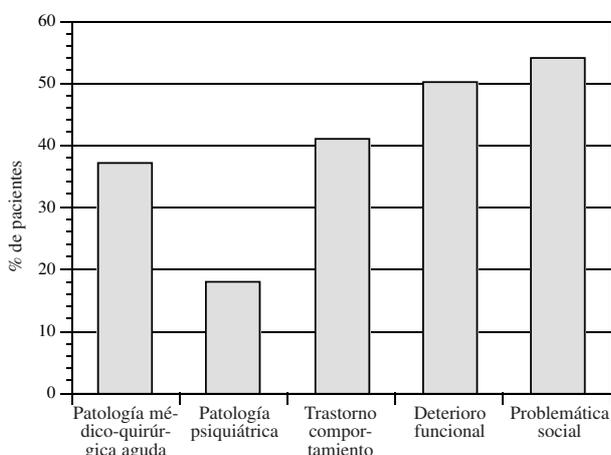


Figura 1. Problemática que condicionó el ingreso.

La media de I. Charlson fue 2,1, siendo superior o igual a 1 en el 95% de los casos y superior o igual a 4 en el 17%. El 86% de los pacientes presentaban un grado de deterioro cognitivo catalogable como demencia (GDS superior o igual a 4) y en el 55% de los casos ésta estaba en fase evolucionada (GDS 6-7) (tabla 1).

La distribución por síndromes geriátricos queda reflejada en la tabla 1 y en la figura 3. Predominaron, tras demencia, inmovilidad (64%) e incontinencia (64%). Se consideró a los pacientes que fueron éxitos, portadores de los mismos síndromes geriátricos que al ingreso.

Un 73% de los pacientes entró en programa de fisioterapia (en el 60% de ellos con intención rehabilitadora). En un 25% de los casos se hizo terapia ocupacional. Fueron valorados y seguidos por psiquiatra un 40% de los pa-

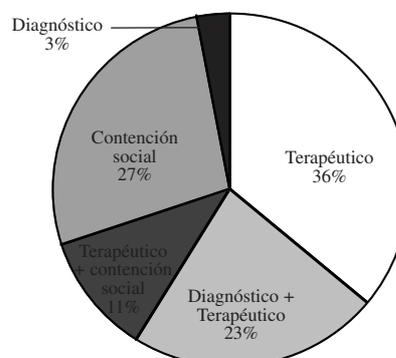


Figura 2. Objetivo general al ingreso.

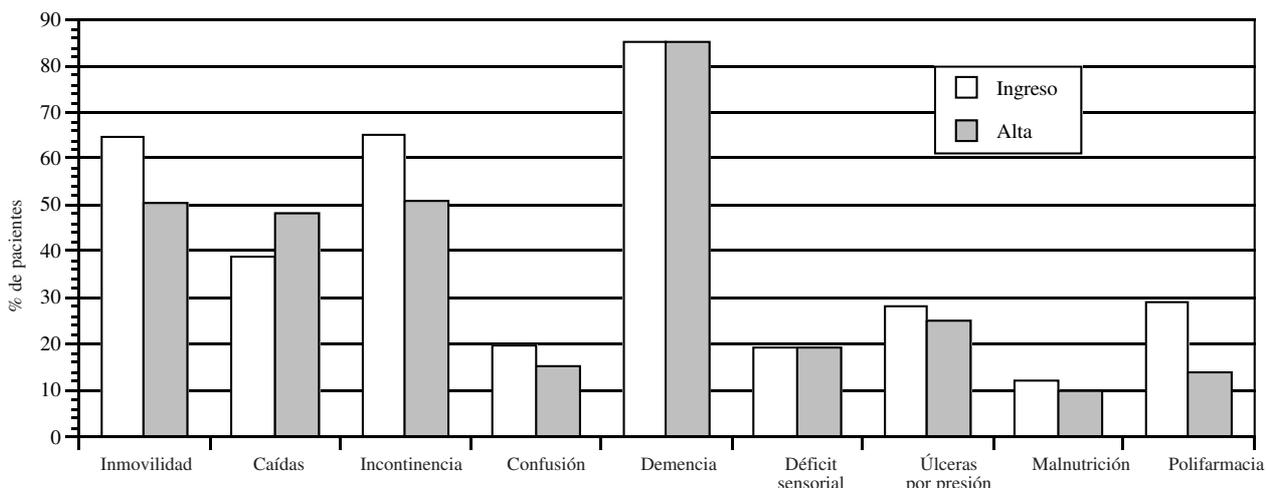


Figura 3. Presencia de síndromes geriátricos.

cientes. El 24% fueron valorados por neurólogo y/o neuropsicólogo. El psicólogo intervino en un 9% de casos, siendo el abordaje individual en un tercio y en dos tercios se aplicaron estrategias de manejo de conducta.

La media del índice de Barthel fue de 32 al ingreso y de 43 al alta, quedando reflejada la distribución por grados de dependencia en la figura 4, donde puede observarse un desplazamiento al alta hacia las franjas de menor dependencia. La media de la ganancia funcional de los pacientes que sobrevivieron, entendida como IBA – IBI, fue de 10,6 y el cociente (media IBA-IBI)/(desviación típica de la media) de 0.50. La media del índice de Heinemann [(IBA-IBI) por 100/(100-IBI)] fue 15%.

El promedio de estancia fue de 41,7 días (rango 5-141). Hay que tener en cuenta que se calculó sobre pacientes dados ya de alta, lo que podría constituir un sesgo de existir pacientes prevalentes con larga estancia real. En el momento de corte el promedio de estancia de los pacientes prevalentes fue de tan sólo 17 días (rango de

uno a 37 días), lo que indica que no se sesgaron de manera valorable los resultados.

No se observó, en análisis univariante, relación estadísticamente significativa entre el promedio de estancia y el sexo, el grado de deterioro cognitivo, el grado de dependencia funcional, la procedencia del paciente o la presencia de trastorno de conducta o de sobrecarga familiar. Tampoco hubo relación entre el promedio de estancia y el número de síndromes geriátricos, o la presencia de úlceras por presión, caídas o polifarmacia. Sí fue, en cambio, estadísticamente significativa la relación entre promedio de estancia y presencia de inmovilidad o de incontinencia al ingreso.

El cociente IBA-IBI /(estancia en días) fue de 0,25.

La presencia de agresividad y trastorno del sueño al ingreso y al alta quedan reflejadas en la tabla 1. Hubo mejoría en ambos parámetros, que fue estadísticamente significativa en el caso de trastorno del sueño, pero no en el caso de la agresividad. De todas maneras, en la mitad de

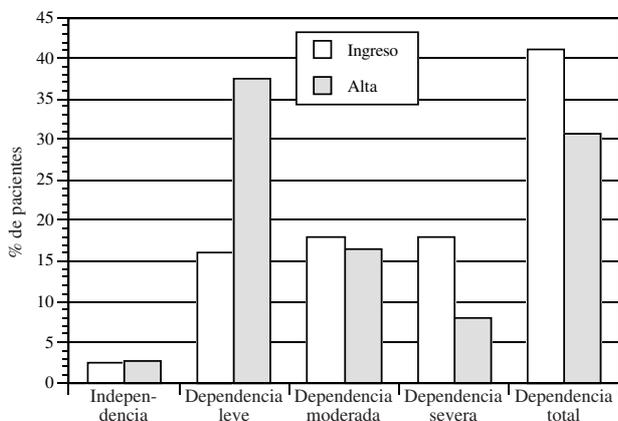


Figura 4. Dependencia funcional para actividades básicas de la vida diaria.

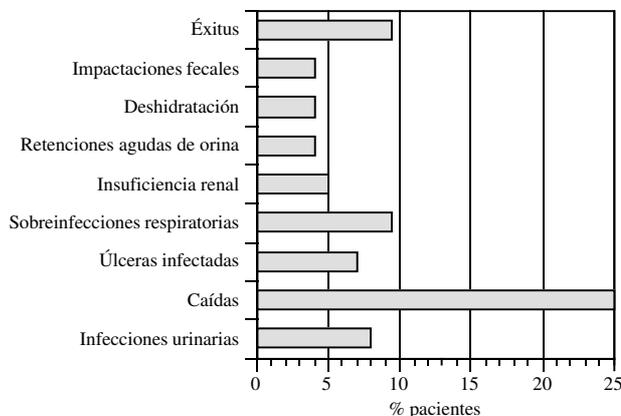


Figura 5. Intercurrencias durante el ingreso.

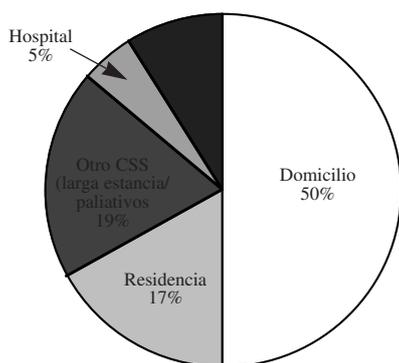


Figura 6. Destino de los pacientes al alta.

los casos en que ésta no desapareció al alta, se consideró que había mejorado.

Se observó una discreta, pero estadísticamente significativa, reducción en la utilización de fármacos y psicofármacos, que queda reflejada en la tabla 1.

Como complicaciones durante el ingreso (fig. 5), predominaron las caídas (25 %), que en un solo caso tuvieron como consecuencia fractura, seguidas de infecciones respiratorias y urinarias. La mortalidad global fue del 9%.

La procedencia de los pacientes fue predominantemente de domicilio (61%), seguida de hospital de agudos (33%) y de residencia (6%). El destino final (fig. 6) fue en la mitad de los casos domicilio y en un tercio institucionalización definitiva (residencial o sociosanitaria de larga estancia).

En cuanto al perfil social de los pacientes ingresados (tabla 3), predominan los pacientes con pareja, que viven en familia y que son cuidados por la hija (y, en segundo lugar, el cónyuge). Los servicios derivadores de casos son, principalmente, los centros hospitalarios, tanto desde unidades de hospitalización como desde consultas externas –UFISS geriátricas y UFISS de demencias–. En la mitad de los casos había contacto previo de los pacientes con trabajo social de área básica.

DISCUSIÓN

Dado que la instauración en Cataluña de unidades de media estancia de psicogeriatría es reciente, carecemos aún de datos suficientes para poder comparar resultados, por lo que nuestra referencia más inmediata son otras unidades de media estancia, como convalecencia, en las que hay mayor experiencia y se han hecho importantes esfuerzos de análisis. Será importante, por lo tanto, en el campo de la psicogeriatría, y en concreto de la media estancia, ir homogeneizando criterios e instrumentos de medida, e ir definiendo nuestros propios parámetros de eficiencia y eficacia.

TABLA 3. Variables sociales y administrativas

	Casos (%)
Estado civil	
– Soltero	3,1
– Casado/pareja	50,0
– Viudo	45,3
– Divorciado	1,6
Núcleo de convivencia	
– Familia	84,4
– Solo	7,8
– Institución	7,8
Perfil del cuidador	
– Pareja	41,3
– Hijo/a/nuera	47,7
– Otros familiares de segundo grado	1,6
– Profesionales	4,8
– Ausencia de cuidador	4,8
Servicio derivador	
– ABS-atención primaria	14,1
– UFISS-demencias	26,6
– PADES	7,8
– Hospital general	31,3
– Hospital de agudos de Psiquiatría	10,9
– Hospital de Día	7,8
– Centro Sociosanitario	1,6

Por las características de nuestra unidad, los pacientes admitidos presentaban, necesariamente, algún grado de deterioro cognitivo o patología psiquiátrica que lo condicionase. La gran mayoría de ellos se podían catalogar como demencias y un porcentaje no desdeñable presentaba patologías psiquiátricas, entre las que destacaba la depresión. Es sabido que este grupo de patologías a menudo condicionan en ancianos deterioro cognitivo (o son la primera manifestación de éste) y/o deterioro funcional. Se habla en la literatura de hasta un 30% de trastornos afectivos en la población geriátrica institucionalizada^{14,15}, cuando se hace una búsqueda sistemática de éstos. Hay que decir que, en nuestro grupo, en pacientes en los que el diagnóstico de base no fue psiquiátrico, también se detectó algún síntoma afectivo que fue seguido y tratado. Y no hay que olvidar que a mayor grado de deterioro cognitivo (y en nuestros pacientes éste es importante), más difícil es el diagnóstico de la patología afectiva y más necesario se hace, en ocasiones y dados los potenciales beneficios derivados, el abordaje empírico.

En cuanto a los factores que condicionaron el ingreso, destaca que en la mitad de los casos había un condicionante social, lo cual es coherente con el hecho de estar en un contexto sociosanitario y con el hecho de tratarse de un grupo de pacientes cuya patología de base conduce, con frecuencia, a una sobrecarga de los cuidadores. Algo preocupante es, sin embargo, el hecho de que en una cuarta parte de los casos el objetivo del ingreso fuera úni-

camente contención social, situación que pone de manifiesto dificultades en la selección de casos, condicionada por la escasez de recursos sociales, por un lado, y por la insuficiente adecuación oferta/demanda secundaria a un todavía relativo desconocimiento de las características de este recurso asistencial en nuestro entorno sanitario. En este sentido será muy importante ir perfilando cada vez mejor los criterios de ingreso, mejorar la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales e ir adecuando los recursos existentes a la heterogeneidad de las demandas. Por otro lado, no parece demostrarse de momento en nuestro grupo que esto aumente la estancia media, lo que sugiere que la contención social está sirviendo para evitar claudicaciones, por un lado, y que el ingreso tiene también una función de gestión de casos, dado el porcentaje nada desdeñable de institucionalizaciones definitivas, algo superior al descrito en la literatura y al considerado por el INSALUD, inferior al 25%, para las unidades de media estancia estándar¹⁶⁻¹⁸.

Condicionó el ingreso, también de manera importante, la presencia de trastornos de conducta. En este caso sí habría que considerar el recurso de media estancia de psicogeriatría como el más específico y adecuado, ya que este es el tipo de trastorno más difícilmente manejable en otras unidades.

Nuestros pacientes presentaron una comorbilidad parecida a la descrita en pacientes de convalecencia¹⁸ y una importante presencia de síndromes geriátricos. Es evidente que la evaluación de los mismos dista aún de ser óptima, y que muchos de ellos están claramente infravalorados, como son los déficits sensoriales (en este caso por dificultades inherentes al perfil de pacientes que atendemos) o la desnutrición. En otros, como la inmovilidad, opinamos que los esfuerzos debieran ir dirigidos a consensuar criterios diagnósticos.

Se observa, entre los resultados, una mejoría al alta de la situación funcional de los pacientes. Esta mejoría es discreta si se compara con la referida en la literatura para unidades de convalecencia convencional, en la que se habla de ganancias en el Índice de Barthel de entre 8 y 55 puntos y aceptables por encima de 20 puntos¹⁷, de índice de Heinemann de 15-45%¹⁹ y de eficacia medida como cociente (media IBA-IBI)/(DS de la media) moderadamente buena a partir de 0,5^{20,21}. No se ha calculado en nuestro estudio el I. Heinemann corregido con IBP (índice de Barthel previo), que ajusta de manera más fiable los resultados a las expectativas reales.

Habría que destacar que el alto grado de deterioro cognitivo de nuestros pacientes (frecuentemente paralelo al grado de dependencia funcional y aislamiento social) haría presumible, de entrada, una menor consecución de objetivos relacionados con mejoría de funcionalidad con respecto a los esperables en pacientes candidatos a convalecencia, en donde se habla de porcentajes de demencia del 10-50%^{17,22-25}. De hecho, en nuestra opinión, se podría considerar que los pacientes con demencia ingresa-

rían en nuestras unidades y no en una convalecencia convencional cuando, justamente por su demencia o trastornos relacionados, colaborarían menos en la rehabilitación o interferirían en la dinámica de un centro no entrenado en su manejo. Y no hay que olvidar que los objetivos terapéuticos en este grupo de pacientes no se limitarían a cambios obtenidos a nivel funcional: nos centraríamos también en cambios a nivel de control de síntomas derivados del deterioro cognitivo, o en objetivos evaluadores o diagnósticos (tanto de demencia y trastorno psiquiátrico, como de patología orgánica que condicione empeoramiento clínico).

En esta línea de trabajo, sí se observa mejoría en parámetros como presencia de agresividad y alteración del sueño, aunque habrá que optimizar los instrumentos de medida y cuantificar mejor estos y otros trastornos de conducta que en el presente estudio no han sido medidos (por ejemplo, vagabundeo, conductas inadecuadas o desinhibición).

Es importante, en este sentido, la disponibilidad y cercanía de profesionales especialistas en psiquiatría y neurología a fin de asegurar la mejor asistencia. Posiblemente la actuación psicológica, un campo de gran interés en la geriatría, tendrá que irse centrando en la atención no sólo a los pacientes (que a menudo están ya demasiado deteriorados cognitivamente para beneficiarse), sino, también, a la de las familias que sufren el impacto de la enfermedad.

Sabida es la relación entre la polifarmacia y la pérdida de funcionalidad, las complicaciones clínicas (como caídas) o el deterioro cognitivo y conductual. Consideramos, pues, importante dirigir esfuerzos a intentar minimizarla y los resultados, en este sentido, aunque posiblemente discretos, van en buena dirección.

Las complicaciones durante el ingreso no son muy diferentes, en nuestro estudio, a las descritas en la literatura para unidades de convalecencia²⁶. Se habla de cifras de incidencia acumulada de caídas de 7-25/100 pacientes ingresados^{27,28}. Nos es difícil de momento establecer la aceptabilidad o no de porcentaje de caídas en nuestra unidad, que es alto, dada la especial fragilidad de nuestros pacientes (tanto por alteraciones de la marcha, como de la percepción) y habrá que centrarse en establecer marcadores pronósticos y protocolos clínicos cada vez mejores para intentar minimizarlas. Se acepta, en general, una mortalidad inferior al 10%, que habría de ser inferior al 5% cuando el objetivo básico es la rehabilitación funcional¹⁶⁻¹⁷. Hay que tener en cuenta que la mortalidad aumenta con la comorbilidad: se describen en Cataluña mortalidades cercanas al 10% cuando el índice de Charlson es superior o igual a 1¹⁸, situación en la que se encuentra el 95% de los pacientes de nuestra unidad.

Nuestros pacientes proceden mayoritariamente de domicilio, a diferencia de la mayor procedencia hospitalaria en las unidades de convalecencia¹⁹. Aunque presumiblemente aumenten en el futuro las derivaciones desde el hospital, no deja de ser coherente, ya que los pacientes

con demencias evolucionadas suelen ser seguidos mayoritariamente de forma ambulatoria (Atención Primaria, P.A.D.E.S, UFISS externas), que sea en ese nivel asistencial donde se generen con más frecuencia las demandas de ingreso en psicogeriatría.

Consideramos estar manteniendo una estancia media aceptable, dado el planteamiento inicial que hicimos de estancia máxima prevista de 45 días. Será importante en estudios posteriores con mayor número de pacientes y utilizando análisis multivariante, intentar establecer marcadores pronósticos fiables de alargamiento de estancia, así como de aparición de complicaciones clínicas o éxitus.

En definitiva, consideramos que en el ámbito de la psicogeriatría habrá que aunar esfuerzos para homogeneizar líneas de trabajo, protocolizar mediciones y actuaciones y definir objetivos. Opinamos que será importante potenciar la óptima coordinación entre niveles asistenciales, y centrar nuestra actividad en conseguir mejorías tanto en funcionalidad como en otros aspectos como son manejo de síntomas psiquiátricos o conductuales en pacientes con demencia, uso de fármacos, trastornos nutritivos o educación y apoyo a los cuidadores.

BIBLIOGRAFÍA

- Bravo G. Recursos sociosanitarios: atención geriátrica especializada. En: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Geriatría XXI: análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España. Madrid: EDIMSA; 2000. p. 209-67.
- Salgado A, Guillén F. Unidades geriátricas de hospitalización. En: Salgado A, Guillén F, editores. Manual de Geriatría. 2ª ed. Barcelona: Masson SA; 1994.
- Salvá A, Parés R. Las unidades de convalecencia. Rev Gerontol 1995; 5:335-6.
- Messik CH. Subacute care. En: Hazzard WR, Blass JP, Ettinger WH, Halter JB, Ouslander JG, editores. Principles of geriatric medicine and gerontology. 4ª ed. Nueva York: McGraw-Hill; 1998. p. 493-508.
- Salvá A, Vallés E, Llevadot D, Martínez F, Albinyana C, Miró M. et al. Una experiencia de atención sociosanitaria: programa Vida als anys. Realidad y expectativas de futuro. Rev Administr San 1999;III:37-52.
- Orden del 19 de mayo de 1986, de creación del Programa Vida Als Anys de atención sociosanitaria a ancianos con larga enfermedad. Dairi Oficial de la Generalitat de Catalunya (18 de julio de 1986), nº 694, p. 1753.
- Decreto 242/1999, del 31 de agosto, por el cual se crea la red de centros, servicios y establecimientos sociosanitarios de utilización pública en Cataluña. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (13 de Sep. 1999), nº 2973, p. 12024.
- L'atenció sociosanitària a Catalunya. Escenari evolutiu 2000-2005. Divisió d'atenció sociosanitària. Programa Vida als anys. Àrea sanitària. Sevei Català de la Salut.
- Charlson ME, Pompei P, Ales KL, McKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chron Dis 1987;40:373-83.
- Reisberg B, Ferris SH, Leon MJ, Crook T. The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. Am J Psychiatry 1982;139:1136-9.
- Mahoney FI, Barthel DB. Functional evaluation: The Barthel index. Maryland State Medical Journal 1965;14:61-5.
- Wood S, Cummings JL, Hsu MA, Barclay T, Wheatley MV, Yarema KT, Schnelle JF. Am J Geriatr Psychiatry 2000 Winter;8:75-83.
- Inouye SK, van Dick CH, Alessi CA, Balkin S, Siegal AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. Ann Intern Med 1990 Dec 15;113:941-8.
- Martí D, Miralles R, Llorach I, García Palleiro P, Esperanza A, Guillem J, et al. Trastornos depresivos en una unidad de convalecencia: experiencia y validación de una versión española de preguntas de la escala de depresión geriátrica de Yesavage. Rev Esp Geriatr Gerontol 2000; 35:7-14.
- Harris RE, O'Hara PA, Harper DW. Functional status of geriatric rehabilitation patients: a one-year follow-up study. J Am Geriatr Soc 1995; 43:51-5.
- INSALUD. Criterios de ordenación de los servicios para la atención sanitaria a las personas mayores. Madrid: INSALUD; 1996.
- Ávila Tato R, Vázquez Rodríguez, Baztán Cortés JJ. Unidades de media estancia geriátricas: perspectiva histórica, parámetros de funcionamiento y dilemas actuales. Rev Esp Geriatr Gerontol 2000;35:3-14.
- Salvá A, Martínez F, Llobet S, Vallés E, Miró M, Llevadot D. Las unidades de media estancia-convalecencia en Cataluña. Rev Esp Geriatr Gerontol 2000;35:31-7.
- Baztán Cortés JJ, Hornillos Calvo M, González Montalvo JI. Encuesta sobre la estructura y actividad de las unidades de media estancia y convalecencia en España. Rev Esp Geriatr Gerontol 2000;35:61-76.
- Dietre G, Vilarmau MT. Evolución de la capacidad funcional y características de los pacientes ingresados en una unidad de convalecencia y rehabilitación. Rev Mult Gerontol 2000;10:26-32.
- Van Bennekom CAM, Jelles F, Lankhorst GJ, Bouter LM. Responsiveness of the rehabilitation activities profile and Barthel Index. J Clin Epidemiol 1996;49:39-44.
- Mosqueda LA. Assessment of rehabilitation potential. Clin Geriatr Med 1993;9:689-704.
- Valderrama E, Baztán JJ, Molpaceres J, Fernández M, Isach M. Evaluación de la mejoría funcional y la estancia en una unidad de rehabilitación geriátrica. Rev Esp Geriatr Gerontol 1997;31:200-6.
- Shuman JE, Beattie J, Steed DA, Merry GM, Kraus AS. Geriatric patients with and without intellectual dysfunction: effectiveness of a standard rehabilitation program. Arch Phys Med Rehabil 1981;62:612-8.
- Valderrama E, Damián J, Guallar E, Rodríguez L. Previous disability as a predictor of outcome in a geriatric rehabilitation unit. J Gerontol Med Sci 1998;53A:M405-9.
- Siegler EL, Stinemann MG, Maislin G. Developing of complications during rehabilitation. Arch Int Med 1994;42:45-9.
- Bernardini B, Meinecke C, Pagani M, Grillo A, Fabbri S, Zaccarini C, et al. Comorbidity and adverse clinical events in the rehabilitation of older adults after hip fracture. J Am Geriatr Soc 1995;43:394-8.
- Izquierdo G, Del Pozo P, Vázquez E, Ruipérez I. Unidades geriátricas de media estancia, un recurso básico para disminuir la dependencia. Asist Sociosan Bienestar 2000;1:9-11.
- Baztán JJ, Valero C, Regalado P, Carrillo E. Evaluación de la fragilidad en el anciano. Rev Esp Geriatr Gerontol 1997;32:26-34.
- Soria X, Aisa L, Lozano A, Suesa MT, Sánchez P. Descripción de la actividad asistencial de una unidad de convalecencia. Rev Mult Gerontol 1998;8:229-33.