

Experiencia de la Unidad de Media Estancia dependiente de la Unidad Geriátrica Municipal del Ayuntamiento de Madrid

Serrano Garijo, P. y De Tena Dávila Mata, M. C.

Unidad Geriátrica Municipal. Área de Salud y Consumo Ayuntamiento de Madrid. Madrid.

INTRODUCCIÓN

Las unidades de media estancia (UME) son recursos de salud, destinados a obtener la mayor recuperación posible de sus usuarios, con el fin de incorporarlos de nuevo a la comunidad. En nuestra Autonomía no han tenido excesivo desarrollo desde la inauguración de la primera en el servicio de Geriatría de Cruz Roja, a finales del año 1981, aunque en la actualidad algunos hospitales están añadiéndola a su cartera de servicios, dentro de la irregularidad habitual en el desarrollo de recursos en la asistencia geriátrica especializada (1).

Contracorriente, la Unidad Geriátrica Municipal (UGM), inaugurada en el año 83, abre sus camas de media estancia en el 85 y, sin haber alcanzado nunca su máximo rendimiento, las cierra a principios de 2000, a pesar de que parecía una fórmula asistencial viable, al conjugar media estancia, hospital de día, atención geriátrica domiciliaria y consulta de valoración (2).

Este dilatado espacio de tiempo ha permitido que la UGM haya vivido los cambios en la atención sanitaria ocurridos en nuestro país en los últimos años. Así, la unidad se abre cuando los ayuntamientos tenían claras competencias asistenciales e incluso una población específica que atender, recogida en el padrón de Beneficencia municipal, cambiando posteriormente con la universalización de la asistencia y la ley general de sanidad, al desaparecer con la primera el padrón de beneficencia y con la segunda las competencias asistenciales municipales, hecho este último que propicia sin duda el cierre de la misma, tras largos años de disfunción.

Al no haber existido ningún convenio explícito con INSALUD, organismo encargado de la asistencia en nuestra comunidad, la coordinación sólo ha sido posible de manera informal, a pesar de lo cual el trabajo se ha llevado a cabo, aunque haya habido algunas dificultades para su re-

conocimiento (3). Algo de responsabilidad puede tener el que nuestro catálogo nacional de hospitales incluya al centro en ese fondo de saco que son los hospitales de geriatría y larga estancia, a pesar de que su filosofía y funcionamiento siempre haya estado más cerca de las UME de los servicios hospitalarios de geriatría que de los primeros, de hecho ha sido una conjunción de niveles asistenciales geriátricos, llevados por médicos geriatras, que ha carecido de unidad de agudos como otros servicios caen de media estancia, de hospital de día o de ambos, sin olvidar la atención domiciliaria.

En cualquier caso no deja de ser paradójico que en una situación de precariedad en el recurso (4), denunciada en diversas ocasiones (5), se haya producido el cierre de camas dependientes de una administración, sin que la responsabilidad haya sido asumida por otra.

Siguiendo los dictados para este tipo de unidades, tal y como recoge nuestro propio INSALUD (6), los criterios médicos de admisión se han mantenido invariables a lo largo del tiempo «padecer una enfermedad ya diagnosticada por otros niveles asistenciales, con tendencia a la incapacidad, y ésta ser evitable, total o parcialmente, con los medios con que cuenta la UGM», mientras que los administrativos se han visto influidos por las normas comentadas, pasando de una mayoritaria cobertura de beneficencia de los usuarios, a pertenecer todos al régimen de seguridad social, siempre intentando garantizar la atención a un determinado sector geográfico. Este mismo hecho determina diferencias en los hospitales de referencia en las distintas etapas, dependientes de la centralización de la atención en el caso de la Beneficencia y la sectorización propia de la Seguridad Social. En cualquier caso es preciso aclarar que la relación con el hospital siempre ha sido la derivada del voluntarismo personal, sin existir ningún tipo de dependencia formal, siendo también importante señalar que pocos cuentan con servicio de geriatría, o carecían de él cuando se producían las derivaciones de enfermos desde ellos.

Ante un recurso tan escaso y con un perfil del usuario tan definido es fundamental el proceso de valoración del

Correspondencia: P. Serrano Garijo. Unidad Geriátrica Municipal. General Ricardos, 14. 28019 Madrid. E-mail: 020070@nacom.es.

Recibido el 24-1-01; aceptado el 18-5-01.

caso, siendo muchas las variables a tener en cuenta, si se desea tener un número razonable de ingresos adecuados.

Todo lo comentado con anterioridad nos induce a reflexionar sobre los problemas de selección de los pacientes y los resultados previsibles, contemplando también hasta qué punto pueden influir en ellos las dificultades derivadas del aislamiento de la UGM o el manejo de los pacientes geriátricos en el hospital de agudos.

La experiencia acumulada en la UME de la UGM durante estos 15 años, es lo suficientemente amplia como para que merezca la pena el esfuerzo de resumirla, en un intento de transmitir los conocimientos adquiridos a quienes tienen la fortuna de continuar realizando este tipo de cuidados o quienes se inician en ellos.

ACTIVIDAD ASISTENCIAL

El procedimiento de admisión en la UGM se ha mantenido a lo largo del tiempo de manera similar. La valoración de solicitudes siempre la ha efectuado el geriatra de la Unidad, bien en el hospital, en el domicilio habitual del paciente o en la propia consulta externa, siendo imprescindible que la solicitud hubiera partido de un trabajador sanitario y existiese un informe médico. Como única excepción a la valoración directa se aceptó la realizada por otro médico hospitalario especialista en geriatría. En el caso de las valoraciones hospitalarias se han producido variaciones dependiendo de las relaciones con los mismos, atendiendo solicitudes puntuales o realizando visitas programadas, permitiendo estas últimas una mayor compenetación con el equipo hospitalario. El mismo día del ingreso o el siguiente se hacía una valoración completa del paciente y en las primeras 24 o 48 horas las pruebas complementarias del ingreso. Los casos se discutían en sesión multidisciplinaria semanal o quincenalmente. Las altas se programaban en sesión y se preparaban desde el momento del ingreso.

El equipo ha contado siempre con médicos geriatras (en los últimos tiempos también con médicos generales), médico rehabilitador, fisioterapeutas, enfermeras y auxiliares, así como de manera irregular con otros profesionales como psiquiatra. No siempre contó con trabajador social propio y nunca se consiguió un terapeuta ocupacional.

Las 28 camas instaladas no siempre han sido las camas reales disponibles, puesto que su utilización ha dependido de la plantilla existente, sobre todo personal auxiliar, no sólo escasa en ocasiones, sino también sometida a una rigidez excesiva en los turnos establecidos por el Ayuntamiento y serias dificultades a la hora de cubrir bajas por enfermedad u otras ausencias prolongadas, a lo que hay que añadir la escasa cualificación de muchos auxiliares, puesto que sólo una minoría estaban titulados como auxiliares de enfermería y algunos procedían de otros sectores laborales, careciendo en absoluto de formación sanitaria, motivo por el que las plantillas no refle-

TABLA I. Algunos datos de las memorias anuales

Año	Ingresos	Edad media	Varones (%)	Procedencia hospitalaria (%)	Estancia media (días)
1985*	58	78	15	49	60
1986	78	77	26	55	70
1987	90	79	18	67	64
1988	83	77	27	60	58
1989**	34	81	24	41	87
1990	60	77	28	78	63
1991	102	78	19	73	45
1992	92	78	21	77	53
1993	83	80	27	81	39
1994	119	80	21	84	43
1995	113	80	19	84	46
1996	129	82	15	88	39
1997	124	80	21	83	38
1998***	107	81	26	81	32
1999****	72	84	17	77	24

* Desde marzo a final de año. ** Cerrado parte del año por obras. *** Cerrado julio y agosto por vacaciones. **** Último año de funcionamiento.

jaban realmente la capacidad de trabajo de los diferentes turnos. Por todo ello, la ocupación de camas (generalmente entre 40-50%) refleja realmente la capacidad de atención en ese momento, estando siempre utilizadas al máximo.

Con estas premisas de funcionamiento, se hace un balance de los quince años precedentes, utilizando para ello material diverso existente en la Unidad: memorias anuales (1985-1999), informes emitidos desde la UGM y registros administrativos de los pacientes. Se analizan variables relevantes en relación con la actividad asistencial, desde la admisión hasta el alta, con especial interés en aquellas capaces de influir en los resultados.

En el apartado de datos generales se incluyen las variables de persona (edad, sexo) y los administrativos (procedencia, motivo de ingreso, días de estancia y causa de alta). Dentro de la clínica se estudia la patología causa de ingreso, problemas asociados y complicaciones. Se consideran como resultados negativos, desde el punto de vista clínico, el traslado por enfermedad al hospital de agudos o el fallecimiento. Las incapacidades se miden mediante la escala de Cruz Roja y Barthel. La ganancia funcional se mide por la diferencia entre la incapacidad al alta y la del ingreso (IFA-IFI), de igual modo se establece la pérdida residual como la diferencia entre la incapacidad física al alta y la previa (IFA-IFP). Se considera fracaso funcional si la incapacidad al alta es igual o mayor que la del ingreso. Como variables sociales se estudia la soledad y el desenlace desfavorable viene de la mano del cambio de domicilio y particularmente del ingreso en residencia.

TABLA II. Diagnósticos principales (período 1997-1999)

<i>Enfermedad causa de ingreso</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Fracturas	184	60,7
Cirugía ortopédica	42	13,8
Patología neurológica	35	11,5
Convalecencia médica/quirúrgica	21	6,9
Otros	21	6,9

Algunos datos de las distintas memorias se reflejan en la tabla I.

La edad de los pacientes atendidos ha oscilado desde 50 hasta 100 años, situándose la media aproximadamente en 80 años y sus variaciones en el tiempo muestran tendencia al alza ($p=0,01$). La razón entre sexos global (mujeres/varones) es de 3,7, sin variaciones temporales significativas. De los datos generales destacar que la edad de los pacientes es la habitual en este tipo de servicios, aunque superior a la señalada a nivel nacional (4) y la tendencia al alza también. Es ésta una variable sometida a estudio sistemático en los trabajos y que analizada en incontables ocasiones en el presente no llegó a mostrarse importante más que en los fallecimientos. No ocurre lo mismo con el sexo que rara vez es determinante y que, como siempre en este grupo de edad, es predominantemente femenino.

Prácticamente la totalidad de los ingresos son por motivos de recuperación funcional, siendo absolutamente excepcional el ingreso de causa social. La procedencia de los pacientes es mayoritariamente hospitalaria y la adecuación de las propuestas en las valoraciones hospitalarias, expresada como la razón ingresados/propuestos, es de 0,49, según datos de 1996 (103/209). Es lógico que la procedencia de los pacientes, dados los criterios de admisión establecidos, sea mayoritariamente hospitalaria, aunque no fuese así desde el principio, puesto que no había tradición en el hospital de agudos de establecer conexiones con el exterior y llevó algún tiempo conseguir la coordinación y la aceptación de visitas programadas de personal ajeno al mismo. El hecho de que aproximadamente la mitad de las propuestas hospitalarias sea rechazada puede reforzar la idea de que es precisa la valoración directa del caso antes de su admisión. Es posible que algunos de los problemas planteados en la coordinación hubieran sido menores de haber existido una dependencia directa del hospital y, sobre todo, de un servicio de geriatría.

Los diagnósticos principales se reflejan en la tabla II, siendo la media de las patologías asociadas 2,5, sin variaciones importantes en las distintas memorias. Estos son los habituales en este tipo de unidades, aunque esté algo infrarrepresentada la enfermedad vascular cerebral, incluso al comparar con unidades en las que el diagnóstico principal es la fractura de cadera (7), hecho posiblemente ligado a la disponibilidad de personal de fisiotera-

pia, al precisar este tipo de pacientes una atención muy específica. De todos modos es conveniente tener presente el mayor peso de los problemas traumatológicos en nuestra unidad, sobre todo a la hora de establecer comparaciones.

Las complicaciones derivadas del proceso agudo están presentes en la gran mayoría de los casos [180 (91,8%) de una muestra de 196 ingresos] siendo múltiples frecuentemente (nº medio de complicaciones 2,8; DE= 1,8), entendiendo como tales confusión [36 (18,4%)], úlceras por presión (UPP) [44 (22,4%)], infección urinaria [113 (58,2%)], tromboflebitis [16 (8,2%)], tromboembolismo pulmonar [6 (3,1%)], anemia [114 (58,5%)], insuficiencia cardíaca [14 (7,2%)], cuadro respiratorio agudo [40 (20,5%)], complicaciones locales en casos quirúrgicos [32 (16,4%)], deshidratación [11 (5,6%)] u otras. Desde el punto de vista clínico, en este tipo de pacientes, tan importante es el diagnóstico de la enfermedad causa de ingreso como las patologías asociadas, ocasionando no pocas veces más complejidad en el manejo de la situación clínica estas últimas, siendo de importancia capital la presencia de complicaciones durante la fase aguda, en nuestra unidad las complicaciones parecen ser mayores en número que en otras (8, 9), incluso la presencia de anemia en los pacientes fracturados de otras series ocurre con menor frecuencia (10) y, aunque no hemos analizado la posible influencia, no sería muy descabellado pensar que en un hospital sin servicio de geriatría los cuidados en la fase aguda son menos específicos para este tipo de pacientes. Es difícil afirmar que las complicaciones podrían haberse evitado, pero realmente esa es la sensación al recibir los casos en la UME, al considerar que muchas de ellas pueden expresar una deficiente atención, como pueden ser las úlceras por presión o la confusión. De todos modos la literatura al respecto sí parece soportar este criterio y cabe señalar que la hospitalización en sí misma es una fuente de fragilidad en el anciano (11) y que las intervenciones programadas desde la geriatría pueden minimizar este hecho (12-14).

En cuanto a la carga de enfermería, el número de pacientes que precisan curas por lesiones diversas es variable, según datos de las distintas memorias, oscilando alrededor del 50%, siendo algo más de la mitad úlceras por decúbito, generalmente con buena evolución. Uno de los motivos de ingreso en la UME es el tratamiento de heridas tórpidas, generalmente consecuencia de un procedimiento quirúrgico, aunque desde luego las lesiones que deben ser tratadas con más frecuencia son úlceras por presión. La inmensa mayoría evoluciona hacia la curación pero no debe olvidarse que la presencia de esta complicación nunca es banal. En las distintas memorias se aprecia una cifra de incontinentes durante la estancia en la UME variable, 35% en la de 1999, otro objetivo fundamental en los cuidados de enfermería.

Desde el punto de vista funcional la evolución es siempre semejante: la situación es mayoritariamente buena antes del proceso causa de ingreso, puesto que la recu-

TABLA III. Trabajos científicos utilizados, originales, presentados a diversas reuniones y congresos

Nº	Título de la comunicación	Tipo de estudio	Criterios de inclusión de pacientes	n
1*	Incidencia en UME de la infección urinaria en pacientes traumatológicos	Retrospectivo	Procedentes de servicios hospitalarios de traumatología	95
2 (20)	Infección urinaria al alta del hospital de agudos	Prospectivo	Procedentes del hospital	276
3 (21)	Evolución de la incontinencia urinaria en la UME	Prospectivo	Todos los ingresos	245
4**	Agudeza visual en pacientes ingresados en UME	Prospectivo	Todos salvo deterioro cognitivo severo o carencia de las lentes habituales	73
5 (22)	Valor predictivo de la albúmina sérica	Retrospectivo	Ingresados para recuperación funcional de fractura de cadera	212
6 (23)	Evolución de las incapacidades en UME	Prospectivo	Ingresados para recuperación funcional y datos de alta por fin de tratamiento	276
7 (24)	Incapacidad severa al alta de la UME	Retrospectivo	Ingresados para recuperación con incapacidad severa (grados 4 y 5 de Cruz Roja)	153
8 (25)	Recuperación funcional de las fracturas de cadera en la UME	Prospectivo	Ingresados para recuperación funcional de fractura de cadera y datos de alta por fin de tratamiento	184
9 (26)	Soledad y destino al alta de la UME del paciente traumatizado	Retrospectivo	Quienes vivían solos con anterioridad a su ingreso por problemas traumatológicos	83
10 (27)	Cambio de domicilio al alta de la UME	Retrospectivo	Datos de alta por fin de tratamiento	250

* Presentado al IV Congreso de la Sociedad Madrileña de Geriatría y Gerontología. Madrid 1994. ** Presentado al V Congreso de la Sociedad Madrileña de Geriatría y Gerontología. Madrid 1996 (abstracts no publicados).

peración funcional es casi siempre el motivo del mismo, al ingreso la mayoría se agrupa alrededor del grado cuatro de Cruz Roja, mientras que al alta existe una incapacidad añadida a la previa, siendo el grado dos el predominante. Desde el punto de vista psíquico, teniendo en cuenta el objetivo general de la UME, es inadecuado el ingreso de pacientes con deterioro cognitivo evidente, motivo por el que en todos los casos las incapacidades se centran en el grado cero y escasamente en el uno. Los datos administrativos de los años 1997 y 1998 muestran una ganancia funcional de 1,54 puntos en la escala de Cruz Roja (DE 0,99) y una incapacidad física residual de 1,21 (DE 1,10) en los 154 pacientes ingresados para recuperación funcional y datos de alta por estabilización o mejoría. En el Barthel (datos de 1996) la ganancia es de 36 puntos (DE 19) y la incapacidad residual de 14 (DE 19) en los 89 pacientes de esas características.

El motivo de alta más frecuente es la mejoría (alrededor del 80%), la estabilización del proceso sin alcanzar el objetivo (menos del 10%) o la enfermedad intercurrente con traslado al hospital de agudos (menos del 10%). Mucho menores son los fallecimientos o las altas voluntarias.

La presencia de problemas clínicos no abordables en la UME obliga al traslado de los pacientes a las unidades de agudos, en una muestra de 78 pacientes dados de alta por ese motivo se aprecia una edad media (80,4 años) semejante a la global, pero con unas incapacidades al ingreso muy elevadas (física 4,08, p< 0,001, psíquica 0,93, p<

0,05). Estos reingresos precoces, trasladados desde la UME de casos difícilmente solventables en la misma por su complejidad clínica, se produjeron con mayor frecuencia en quienes presentaban elevadas incapacidades al ingreso. Posiblemente esta incapacidad para resolver los problemas no se habría producido de haber estado la UME integrada dentro de un hospital general que pudiera ofrecer su propia tecnología y recursos a los pacientes de media estancia, siendo éste uno de los inconvenientes de la fórmula asistencial seguida en la UGM, tal y como se comentaba anteriormente. Los fallecimientos se producen en menos del 2% y la edad de los fallecidos es muy alta (85,2 años, n= 18), este porcentaje es muy escaso, como corresponde a este tipo de unidades (4) y no sorprende el hecho de que la edad de los fallecidos sea elevada.

En las variables sociales parece básico contemplar la convivencia de los usuarios, pues posiblemente la soledad o la escasez de apoyos familiares sea un condicionante de ingreso en la UME en muchos casos, en nuestra unidad, algo menos del 50% de los pacientes viven solos según datos de las distintas memorias y el 5% en residencias, al alta menos de 15% va a vivir a ellas. El término variable social aplicado a la soledad parece más adecuado que el de problema, puesto que la soledad en sí misma no tiene por qué serlo, salvo cuando un problema de salud, empleando el término intencionadamente, dificulta ese tipo de opción personal. La frecuencia de pacientes que vivían solos antes del ingreso en la UME es más alta en nuestro estudio que en otros (8, 15), posible-

mente por lo comentado con anterioridad con referencia a la titularidad municipal.

La estancia media global es cercana a los 60 días, con un descenso temporal claro ($p=0,000$). La moda se sitúa en 30 días. Los ingresos son adecuados por su finalidad y las altas también, ya que tanto el índice de mortalidad como el de institucionalización al alta están dentro de los límites establecidos como correctos (6), menores de manera sustancial a los señalados en otras unidades (16). En el caso de la mortalidad, además de la importancia de la edad, señalada en otros trabajos (17, 18), la finalidad del ingreso es básica para establecer límites, explicándose cifras elevadas por el tipo de usuarios atendidos (19).

ACTIVIDAD INVESTIGADORA

Todos los datos precedentes, han generado la suficiente inquietud en el equipo de la Unidad Geriátrica Municipal, como para llevar a cabo diversos trabajos científicos observacionales, diseñados de modo prospectivo o retrospectivo, como estudios de prevalencia o de corte, o bien como casos y controles, realizados en la UME y presentados en congresos y reuniones (tabla III) (20-27). Para una mejor comprensión de la exposición los trabajos se han agrupado según hayan sido estudiadas variables clínicas, funcionales o sociales, en lugar de hacerlo por orden cronológico.

Variables clínicas

En relación con la ITU (infección del tracto urinario), entendiendo como tal la bacteriuria tanto sintomática como asintomática, un estudio retrospectivo (tabla III, nº 1), realizado sobre pacientes traumatológicos ($n=95$), muestra una prevalencia del problema cercana al 50% [45 (47,3%) cultivos de los realizados en las primeras 24-48 horas del ingreso en la UME fueron positivos], mientras que la mención al mismo en los informes de alta del servicio de traumatología se produce en 7 (7,3%) de los 95. En otro estudio, prospectivo (tabla III, nº 2), sobre 276 pacientes, procedentes del hospital de agudos, 162 (58,7%) la padecían en el momento del ingreso, siendo la edad de los mismos superior a la del resto (81,8 frente a 79,7, $p=0,02$), así como la incapacidad funcional previa (1,12 frente a 0,82, $p=0,01$) y al alta de agudos (3,89/3,71, $p=0,007$), no encontrando diferencia significativa en cuanto a la psíquica previa (0,5/0,31) o al alta de agudos (0,53/0,37). Los gérmenes implicados con mayor frecuencia son *E. Coli*, *Enterococo*, *Proteus* y *Klebsiella*. Es bastante llamativo el hecho de que la mención al diagnóstico de ITU en los informes de alta sea tan escasa, como si el proceso fuese tan común que pudiese considerarse normal. Puede argumentarse que en general los informes de los servicios traumatológicos no son excesivamente prolíficos en información médica, pudiendo sospecharse que el problema había sido detectado y tratado, algo bastante difícil de

creer ante la gran cantidad de cultivos positivos al ingreso en la UME, mucho mayor que los señalados en otros trabajos de pacientes con fractura de cadera en agudos (28) y también, aunque en menor medida, en otros de media estancia (29) aunque concordante con quienes hacen urocultivo sistemático (30). Los gérmenes aislados son los esperados y reflejo de los existentes en los hospitales de agudos. No sorprende que la presencia de ITU esté ligada a una mayor incapacidad física previa, indicadora de un peor estado general de salud. En cualquier caso, los resultados invitan a aconsejar la realización de analítica urinaria de rutina al ingreso en la UME, incluso si el paciente es trasladado directamente desde agudos, salvo que el informe clínico ofrezca suficiente información al respecto, aunque la decisión de tratar dependa de diversas variables como la presencia de piuria, síntomas locales, incluida la presencia de incontinencia urinaria reciente, o generales, incluidas las manifestaciones inciertas pero sugerentes de desorden a cualquier nivel como la confusión, teniendo en cuenta el estado general del paciente. De nuevo cabría preguntarse si una mejor planificación de los cuidados hospitalarios puede disminuir el problema (31).

En un trabajo prospectivo (tabla III, nº 3) sobre 245 ingresos, un 16% padecían incontinencia antes de su proceso, cifra que se eleva al 35% en la unidad, para descender hasta el 18% al alta. La edad de los incontinentes es mayor (82/80) y la incontinencia se encuentra asociada a los cuadros de demencia ($p<0,01$), delirium ($p<0,001$), ictus ($p<0,05$) e ITU ($p<0,001$). La incapacidad (medida con Barthel sin el ítem de incontinencia) previa es semejante, así como al ingreso, pero al alta los continentes consiguen puntuaciones mayores (63,7/45,7, máximo 90, $p<0,01$). Es la incontinencia menor en nuestra unidad que en otras similares (15), otro objetivo fundamental en los cuidados de enfermería, y nuestros datos sugieren que el adecuado control de los pacientes es capaz de devolverlos a su situación basal en relación con ese parámetro, sin olvidar que se asocia a otros problemas como el delirium o la ITU que requieren atención específica y que los resultados finales obtenidos, en términos de incapacidad, se verán influenciados negativamente por la incontinencia.

Otro aspecto clínico valorado ha sido la visión (tabla III, nº 4), para ello se realizó la toma sistemática de agudeza visual (AV). La AV media para lejos es de 0,39 (DE= 0,25) en el mejor ojo, encontrando un 15% de ceguera legal (11 pacientes de 73 tenían una visión inferior a 0,1 en el mejor ojo) y un 24,7% de baja visión (18 pacientes con visión de 0,1 o más pero menor de 0,3), 8 personas tenían 0,7 o más (11%). La visión está correlacionada negativamente con la edad ($p<0,05$) y gran parte de los defectos son desconocidos. Las alteraciones sensoriales juegan un papel importante en todas las áreas de la vida personal y de relación (32) y es de suponer que pueden influir también en el proceso de recuperación funcional aunque el estudio planteado, meramente descriptivo en términos de prevalencia, no nos permita demostrarlo. Llama la atención de

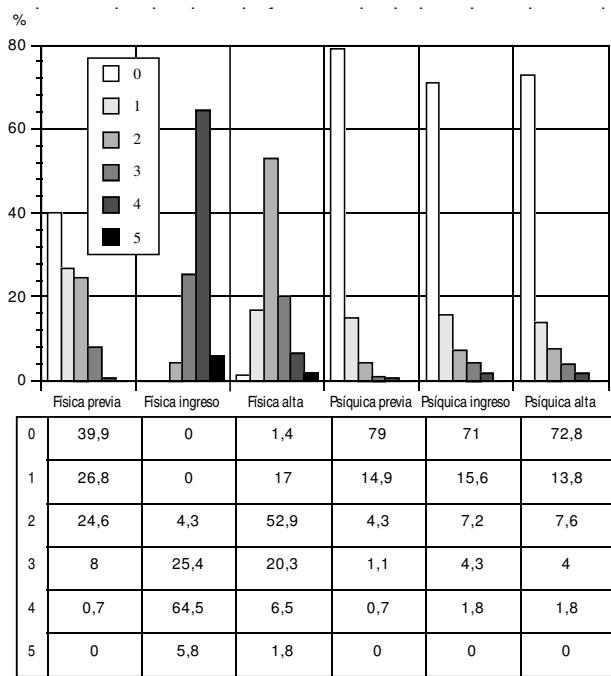


Figura 1. Evolución de las incapacidades en la UME: incapacidades previas, al ingreso y al alta, medidas con la escala de Cruz Roja (datos correspondientes al trabajo nº 6 de la tabla III).

g/dl era superior ($p=0,003$), no había diferencia en las incapacidades previas ni al alta, pero sí al ingreso, presentando una incapacidad mayor quienes tenían albúmina disminuida ($p=0,019$). Se dieron más altas al hospital de agudos en ese grupo ($p=0,02$) y la estancia media fue mayor ($p=0,02$), de tal modo que quienes presentaban hipoalbuminemia permanecieron ingresados una semana más en la UME. Es llamativo el porcentaje de hipoalbuminemia al ingreso en la UME, superior a encontrado en otras UME (33) y, por supuesto, escasamente referenciado en el informe de alta de agudos. Está claramente establecida la influencia negativa de la malnutrición en los pacientes hospitalizados (34) y cabe preguntarse si la situación podría haberse evitado con un manejo adecuado de los casos en el hospital de agudos, e incluso en términos económicos, si los recursos gastados en agudos no se habrían compensado con creces al disminuir la convalecencia y evitar los reingresos precoces. Esta misma pregunta puede aplicarse a cualquier situación, máxime cuando la intervención en esa fase puede incluso reducir la estancia hospitalaria (35).

Variables funcionales y psíquicas

Un estudio retrospectivo sobre 276 pacientes ingresados para *recuperación funcional* (tabla III, nº 6) muestra la evolución señalada en la figura 1. En 26 pacientes (9,4%) no se lograron los objetivos, sin que edad ni sexo influyeran en ello, pero sí el grado de incapacidad física previa

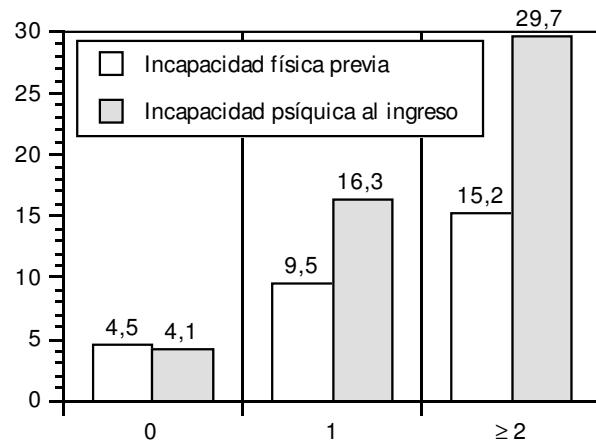


Figura 2. Resultados funcionales en UME: porcentaje de fracasos en relación con las incapacidades. Del trabajo «Evolución de las incapacidades en la UME» (tabla III, nº 6).

($p<0,05$); en cuanto a las psíquicas, el porcentaje de fracasos funcionales guardó relación con ambas incapacidades, previa ($p<0,0001$) e ingreso ($p<0,0000$) (Fig. 2). Si se restringen los casos a los de incapacidad severa al ingreso (tabla III, nº 7) los fracasos se producen en un porcentaje mayor (19,6%, 30 pacientes de una muestra de 153). Los pacientes que no mejoran tienen con mayor frecuencia deterioro cognitivo (17 frente a 6, $p<0,01$) y depresión (8/1, $p<0,05$), con igual riesgo vascular (17/16) y patología de los sentidos (15/13). Son más quienes presentan complicaciones (28/17 $p<0,01$), sobre todo múltiples ($p<0,001$) (Fig. 3). En el grupo de grado 4 al ingreso el porcentaje de fracasos funcionales es del 14,6 (19/111 de 130 pacientes de grado 4) y en el de 5 del 47,8% (12/11 de 23). Aunque el motivo de alta es, según se comentó en el apartado de actividad asistencial, mayoritariamente la mejoría, se producen fracasos funcionales

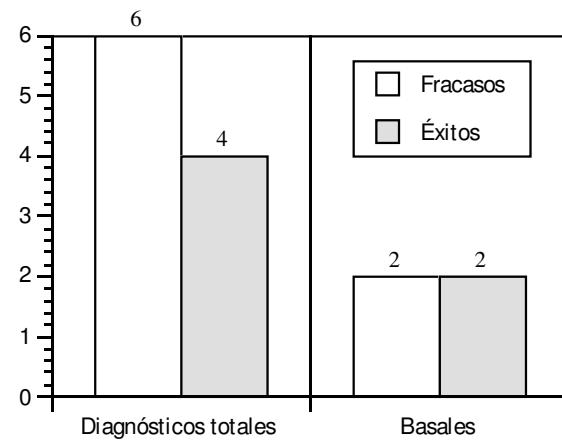


Figura 3. UME: resultados funcionales y patología asociada. Enfermedades padecidas por enfermos, excluidas las demencias y los trastornos psíquicos. Del trabajo «Incapacidad severa al alta de la UME» (tabla III, nº 7).

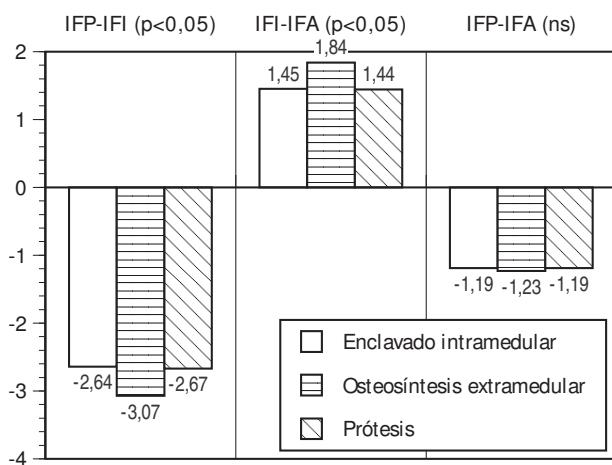


Figura 4. UME: fracturas de cadera y recuperación funcional. Del trabajo «Recuperación funcional de las fracturas de cadera en la UME» (tabla III, nº 8).

que entendemos como aquellos casos en los que la incapacidad física al alta es igual o superior a la del ingreso, cuando el propósito del ingreso es la recuperación funcional y el alta se produce por fin de tratamiento. Menos de la décima parte de nuestros pacientes pueden considerarse como tales, aunque el porcentaje dependa estrechamente de la incapacidad previa, siendo mucho más probable que se produzca el fracaso en quienes tienen un grado más alto de incapacidad. El deterioro mental, como era de esperar, juega un papel fundamental. Por ello la evaluación de las incapacidades, parte integrante de la valoración geriátrica, es indispensable cuando el objetivo de la misma es conocer las posibilidades de recuperación del paciente. La incapacidad física previa, además de la meta del tratamiento, es un buen indicador de los resultados. El deterioro cognitivo, sobre todo el objetivado en el momento del ingreso, es a su vez un predictor de gran valor en lo que a los resultados funcionales se refiere. En cualquier caso, es importante tener presente siempre las medidas relativas de función, contando con la incapacidad al ingreso y la previa, no basando los resultados exclusivamente en las incapacidades al alta (36, 37). Un trabajo realizado en la UME de Cruz Roja (38) analizando eficiencia (ganancia funcional en relación con estancia) concluye que el paciente que más se beneficia de la UME es aquel que presenta un deterioro funcional moderado o severo al ingreso, no encontrando ningún grado de incapacidad previa, medido con Barthel, que oriente en ese sentido. Los investigadores de la misma unidad, en un estudio longitudinal, sí encuentran que la incapacidad funcional previa tiene valor predictivo de mantenimiento de la ganancia funcional al año (39). Con miras a la recuperación funcional, además de la influencia del deterioro cognitivo, es preciso valorar la esfera afectiva, puesto que la depresión se asocia con mayor medida al fracaso y también la presencia de patología concomitante, sobre todo las complicaciones del proceso agudo, algo que refuerza de nuevo

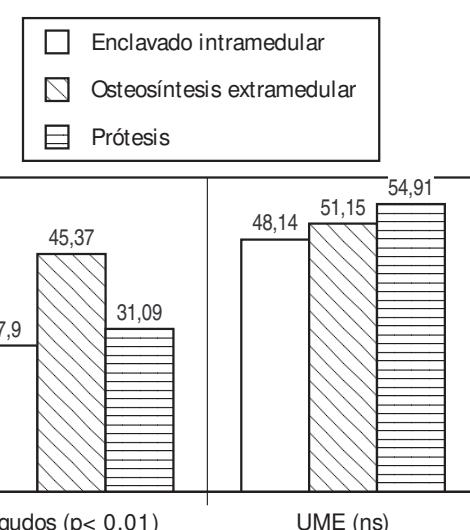


Figura 5. UME: fracturas de cadera y estancia hospitalaria, según el tipo de intervención. Del trabajo «Recuperación funcional de las fracturas de cadera en la UME» (tabla III, nº 8).

la idea de que el manejo adecuado del paciente en la unidad de agudos es fundamental.

En el caso concreto de la *fractura de cadera*, se ha realizado un estudio sobre 172 enfermos (tabla III, nº 8), procedentes en su mayoría de tres hospitales madrileños, con una incapacidad física previa de 0,98 (DE 0,92) y psíquica previa de 0,37 (DE 0,71). Tipos de fracturas: subcapital [52 (30,2%)], basicervicales [8 (4,7%)], pertrocantericas [85 (49,4%)], subtrocantereas [4 (2,3%)], otros [6 (3,5%)], sin especificar [17 (9,9%)], englobadas en intracapsulares y extracapsulares. El procedimiento quirúrgico fue enclavamiento intramedular en 62 casos (36%), osteosíntesis extramedular en 38 (22,1%), prótesis en 67 (39%) y otros en 5 (2,9%). La incapacidad física al ingreso en la UME 3,72 (DE 0,54) y la psíquica 0,54 (DE 0,91). En los distintos hospitales se aprecia gran homogeneidad en relación con edad e incapacidades, no así con los procedimientos quirúrgicos empleados ($p < 0,0001$). Al ingreso en UME los enfermos habían perdido grados de función en igual medida en los distintos hospitales, pero con relación a la técnica quirúrgica, el comportamiento era diferente (Fig. 4), siendo los más desfavorecidos los del tercer grupo ($p < 0,01$) que, además, habían permanecido más tiempo en el hospital (Fig. 5). Uno de los objetivos más frecuentes del ingreso en nuestra unidad ha sido la recuperación funcional tras la fractura de cadera y, aunque no es nuestro propósito analizar la eficacia de los distintos procedimientos para su resolución, es llamativo que la osteosíntesis extramedular curse con una peor funcionalidad al ingreso en la UME, es decir, a una mayor pérdida durante el proceso perioperatorio, y que la variable asociada sea el tiempo de estancia en las salas de traumatología, mayor en los sometidos a esta técnica. Por fortuna el comportamiento final no es distinto y en la UME se obtienen los mismos grados de recuperación y la incapacidad aña-

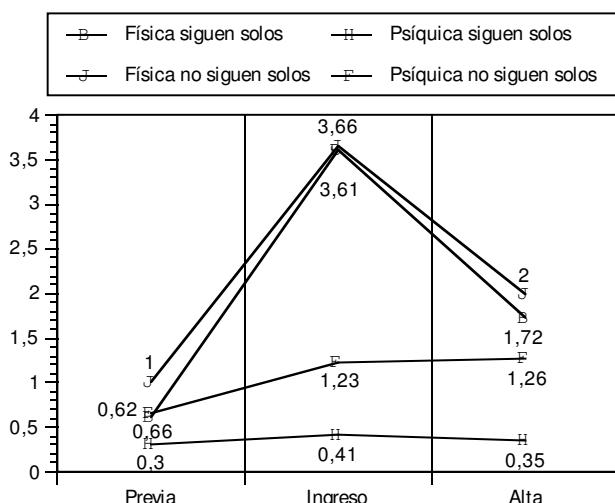


Figura 6. Evolución de las incapacidades físicas y psíquicas y decisión de continuar viviendo solos o de buscar compañía al alta de la UME. Del trabajo «Soledad y destino al alta de la UME» (tabla III, nº 9).

dida es semejante en los tres casos estudiados. En otras series, con tipos de fracturas semejantes, el procedimiento quirúrgico es muy diferente, sin duda por la influencia del equipo de traumatología de referencia (29).

Variables sociales

En un estudio retrospectivo sobre 83 pacientes traumáticos que vivían solos (tabla III, nº 9), 62 (74,7%) continuaron en *soledad* al alta, mientras que 21 (25,3%) buscaron compañía, asociándose a esa decisión las incapacidades psíquicas (Fig. 6), sin influencia de edad, sexo o tipo de fractura. Otro estudio (tabla III, nº 10), confirma estos datos, encontrando que el cambio de domicilio al alta de la UME se halla ligado a la existencia de deterioro cognitivo previo ($p=0,002$), al ingreso ($p=0,006$) o al alta ($p=0,001$), poniendo en evidencia además que la estancia hospitalaria es mayor en quienes lo efectúan (Fig. 7). Sin duda, la soledad es un condicionante en la época de convalecencia y también puede serlo en el momento del alta, pudiendo pensarse que la incapacidad funcional añadida al proceso agudo es la causante de la búsqueda de compañía. No es esto lo que se objetiva en nuestro estudio, en el que las incapacidades físicas son prácticamente idénticas en quienes continúan viviendo en soledad y en quienes no, mientras que son las psíquicas las realmente diferentes, produciéndose un gran salto entre la previa y la del ingreso que debemos suponer relacionado con el período de estancia en agudos, curiosamente mayor en quienes deciden no continuar solos, y sobre todo con un posible cuadro de delirium. El cambio de domicilio al alta es mayor entre quienes tienen deterioro cognitivo puesto en evidencia en el primer trabajo y confirmado en el segundo, ha sido señalado también en otras unidades (40, 41). Una consecuencia importante del cambio de domicilio al alta

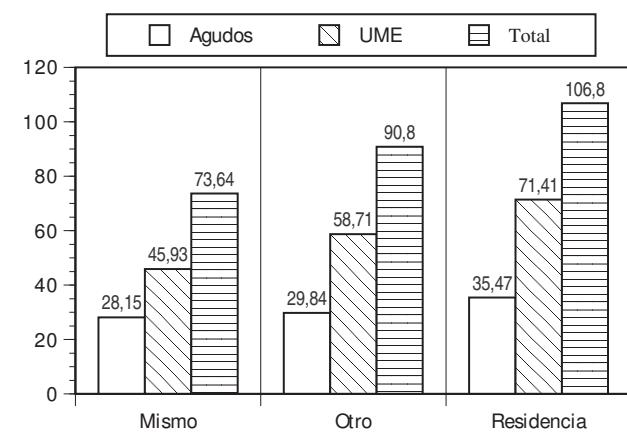


Figura 7. Estancia en días en agudos, en UME y total de los pacientes que continuaron viviendo en el domicilio habitual, cambiaron a otro distinto de una residencia o fueron a vivir a una residencia tras al alta. Del trabajo «Cambio de domicilio al alta de la UME» (tabla III, nº 10).

de la UME es la mayor estancia en la misma, probablemente condicionada por la espera necesaria para encontrar el recurso solicitado en un grupo con escaso apoyo social en el que las alternativas a la institucionalización son, con frecuencia, insuficientes.

COMENTARIOS

La actividad asistencial de la UME de la Unidad Geriátrica Municipal ha estado sometida a los diversos cambios que la legislación ha ido provocando en las competencias sanitarias locales hasta culminar con su cierre, al igual que otras dependencias municipales asistenciales como las Casas de Socorro o los Equipos Quirúrgicos, sin que al parecer se haya estimado necesario la asunción de funciones por otros organismos implicados en la sanidad pública.

Es probable que el funcionamiento de la UME hubiese sido distinto, posiblemente más sencillo, de haber estado integrada, real o funcionalmente, a un servicio de geriatría hospitalario, aunque la posible disfunción derivada de su aislamiento nada tengan que ver con su cierre y sí con algunos aspectos del manejo correcto de los pacientes y la obligada relación con las unidades de agudos.

Desde el punto de vista médico, además de insistir en la necesidad de unos cuidados adecuados en la fase aguda de la enfermedad, en un intento de síntesis se podría asociar el fracaso clínico en la UME, entendido como la necesidad de traslado a agudos, con unas elevadas incapacidades al ingreso y con la presencia de malnutrición, mientras que el fracaso funcional, además de ser más frecuente ante un deterioro físico y psíquico importante, puede sospecharse ante la presencia de complicaciones clínicas, depresión o delirium; por último, el fracaso social es más frecuente en los casos de deterioro mental, sobre todo si se produce un cambio sustancial con la enfermedad aguda.

AGRADECIMIENTOS

A los coautores de los estudios utilizados, las Dras. Puente Andrés, González Docavo, Molina Díaz y Claver Martín y a Dña Rosario Romero Chaparro. A todo el personal que a lo largo de estos años ha llevado a cabo el trabajo en la UME.

BIBLIOGRAFÍA

1. Serrano Garijo MP. Asistencia geriátrica en la Comunidad de Madrid (editorial). *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1999;34:253-4.
2. Serrano Garijo P, Guillén Llera F. La Unidad Geriátrica Municipal de Madrid. Un ejemplo de lo que podría ocurrir en la asistencia geriátrica a medio plazo. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1987;22:232-8.
3. Serrano Garijo P. La Unidad Geriátrica Municipal de Madrid: un recurso con más de 14 años de edad. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1997;32:358-60.
4. Recursos sanitarios. 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*. Editores Médicos SA. 2000. p. 209-67.
5. Guillén Llera F, Ríbera Casado JM. Situación y perspectivas de la asistencia geriátrica hospitalaria en España. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1997;32:236-8.
6. INSALUD. Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores. Instituto Nacional de la Salud. Servicio de documentación y publicaciones. Madrid; 1996.
7. De la Torre MA, Balaguer I, Serrano F. Valoración funcional en una unidad de recuperación funcional (UME). *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1999;34(Supl 1):15.
8. Carbonell Collar A, Martínez González ML, Marcos García M, Mesas Sotos P, Salgado Alba A. Unidad de media estancia: seguimiento intra y extrahospitalario de 272 pacientes ingresados. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1986;21:309-15.
9. Balaguer I, De la Torre MA, Serrano F. Morbimortalidad de pacientes ingresados en una unidad de recuperación funcional (UME). *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1999;34(Supl 1):54.
10. Pozo del P, Avila R, Domingo V, Izquierdo G, Ruipérez I. Estudio de calidad asistencial de enfermos con fractura de cadera ingresados en una unidad de media estancia (UME). *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998;33(Supl 1):108.
11. Solano Jaurieta JJ, Gutiérrez Rodríguez, Galeano Arboleya R. La hospitalización como fuente de fragilidad en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1997;32:45-52.
12. Vidán M, Moreno C, Serra JA, Martín J, Riquelme G, Ortiz J. Eficacia de la valoración geriátrica durante el ingreso hospitalario para cirugía de fractura de cadera en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998;33(Supl 1):27.
13. Alonso Fernández T, Lozano Pino G, González Guerrero JL, García Mayolín N, Piñas Trejo B, Prado Villanueva B. Geriatra interconsultor en un servicio de traumatología: estudio de una intervención. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998;33(Supl 1):27.
14. Cruz Jentoft AJ, Serra Pexach JA, Lázaro del Nogal M, Gil Gregorio P, Ríbera Casado JM. La eficacia de la interconsulta geriátrica en pacientes ancianos ingresados en traumatología. *An Med Intern* 1994;11:273-7.
15. Valderrama E, González Montalvo JL, Sánchez del Corral F, Bárcena A, Palomera M, Isach M, Salgado A. Valoración de la calidad de vida en pacientes ingresados en una unidad de rehabilitación geriátrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1995;30(Supl 1):21.
16. Robles MJ, Miralles R, Llorach I, García-Palleiro P, Vázquez O, Llopis A, Cervera AM. Evaluación del perfil de pacientes ancianos en una unidad funcional de geriatría. Concordancia con la evolución posterior. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1999;34(Supl 1):6.
17. Navarro Martínez JM, Galiana MJ, García Navarro JA, Capdevila J. Factores de riesgo de mortalidad e institucionalización en ancianos con fractura de cadera. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998;33(Supl 1):28.
18. Montero N, Garnica A, Jiménez-Díaz G, Mora J, Ríbera JM. Mejoría funcional y criterios de calidad en una unidad de media estancia geriátrica: estudio retrospectivo. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1999;34(Supl 1):13.
19. Alastuey C, Clerencia M, Mesa P, Perlado F. Perfil de los pacientes ingresados en la unidad de media estancia de Servicio de Geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1995;30(Supl 1):22.
20. Puente Andrés P, Serrano Garijo P, Tena Dávila Mata MC, Molina Díaz E, González Docavo F. Infección urinaria al alta del hospital de agudos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998;33(Supl 1):102.
21. Tena Dávila Mata MC, Serrano Garijo P, Puente Andrés P, Romero Chaparro R, González Docavo F, Molina Díaz E. Evolución de la incontinencia urinaria en la UME. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998;33(Supl 1):67.
22. Serrano Garijo P, De Tena Dávila Mata MC. Predictive value of serum albumin in patients admitted to the medium-stay unit (UME) with fracture of the hip. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2000;35:383.
23. Serrano Garijo P, Tena Dávila Mata MC, Puente Andrés P. Evolución de las incapacidades en la UME. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1995;30(Supl 1):39.
24. Serrano Garijo P, De Tena Dávila Mata MC, Claver Martín D. Incapacidad severa al alta de la unidad de media estancia. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1993;28(Supl 1):45.
25. Serrano Garijo P, Tena Dávila Mata MC, Puente Andrés P, González Docavo F. Recuperación funcional de las fracturas de cadera en la UME: influencia de la procedencia y/o técnica quirúrgica. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1996;31(Supl 1):43.
26. Serrano Garijo P, De Tena Dávila Mata MC. Soledad y destino al alta de la UME del paciente traumatizado (factores médicos asociados). *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1994;29(Supl 1):44.
27. Tena Dávila Mata MC, Serrano Garijo P, Puente Andrés P, González Docavo F. Cambio de domicilio al alta de la UME: factores médicos asociados. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1997;32(Supl 1):46.
28. Sánchez Ferrín P, Mañas Magaña M, Asunción Márquez J, Dejoz Preiado MT, Quintana Herra S, González Ortega F. Valoración geriátrica en ancianos con fractura proximal de fémur. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1999;34:65-71.
29. Carbonell Collar A, Martínez González ML. Unidades de media estancia y fracturas femorales: estudio y seguimiento intra y extrahospitalario en 87 pacientes. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1987;22:50-4.
30. Robles Agudo F, Urmencía Rada A, Beltrán de la Ascensión M, Sanz Segovia F, López Arrieta JM. Bacteriuria al ingreso en una UME. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2000;35(Supl 1):93.
31. Cervelló Roset B, Martín Sánchez E, Ricaza Vila JM, Rovira Oliva G, Mercadé Capellades V. Infecciones de orina en pacientes geriátricos ingresados. Características y resultados de una intervención preventiva. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1992. p. 215-9.
32. Serrano Garijo P. Deprivación sensorial: importancia del deterioro auditivo y visual en los ancianos. En: Serrano Garijo P, Reuss Fernández JM. Encuentros en geriatría. SMGG y APMER Comunidad de Madrid. 2000. p. 9-16.
33. Salvá A, Aloy J, Castro D, Faustino A, Fábregas N, Petit TM, Sabater MF, Viñals O. La evaluación geriátrica en una unidad de convalecencia. Análisis descriptivo de la actividad de un año. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1996;31:205-10.
34. Martínez Almazán E. Alimentación en el hospital: problemas específicos. En: Ríbera Casado JM, Gil Gregorio P. *Alimentación, nutrición y salud en el anciano*. Editores Médicos SA; 1999. p. 99-111.

35. González Guerrero JL, García Mayolín N, Lozano Pino G, Alonso Fernández T, Piñas Trejo B. ¿Es rentable un geriatra en un servicio de traumatología? *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1999;34:266-71.
36. Molpeceres, Valderrama, Muñoz, Adarve, Salgado Alba. Factores que condicionan la estancia y los resultados en rehabilitación. Comparación de diferentes índices de medida. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1996;31(Supl 1):22.
37. Valderrama, Adarve, Isach, Baután, Salgado Alba. Unidad de Rehabilitación geriátrica: importancia de la situación funcional previa. Propuesta de un nuevo índice de evaluación. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1996;31(Supl 1):23.
38. Valderrama Gama E, Baután Cortés JJ, Pérez del Molino Martín J. Eficiencia de la mejoría funcional obtenida en una Unidad de Media Estancia o Convalecencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1997;32:139-43.
39. Valderrama Gama E, Molpeceres García del Pozo J. Seguimiento a largo plazo de los pacientes ingresados en una unidad de media estancia o convalecencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998;33:67-72.
40. Sabartés O, Miralles R, García-Palleiro P, Llorach I, Esperanza A, Guiñón J, Cervera AM. Factores predictivos de retorno al domicilio en ancianos frágiles ingresados en una unidad de convalecencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1997;32(Supl 1):45.
41. Alcalde P, Fontecha B, Izquierdo AM, Benavent R, Mercadé V. Ingreso en residencias desde una unidad de convalecencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1997;32(Supl 1):46.