

Estudio sociosanitario del paciente anciano con perfil de larga estancia y terminal atendido en una unidad médica de corta estancia

Juan Carlos Andreu-Ballester^a, Amadeo Almela-Quilis^a, Ferran Ballester^b, Enrique Colomer-Rubio^a, Enrique Marín-Tena^a y Ana Peiró Gómez^a

^aServicio de Urgencias-UMCE. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. España.

^bUnidad de Epidemiología y Estadística. Escuela Valenciana de Estudios para la Salud. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. Valencia. España.

RESUMEN

Objetivo: descripción de las características clínicas, funcionales y sociosanitarias de la población anciana con enfermedad crónica y/o terminal (perfil PALET) atendida en la Unidad Médica de Corta Estancia (UMCE) adscrita a un servicio de urgencias, en relación con el resto de pacientes.

Material y métodos: estudio descriptivo de todos los pacientes admitidos en la UMCE durante un período de un año. Se recogen edad, sexo, estancia, tipología, situación funcional (índice de Barthel), cognitiva (Pfeiffer), nutricional (Mini Nutritional Assessment), depresión (Yesavage), situación de convivencia y destino de paciente. Se realizó un estudio descriptivo y análisis bivariante (*t* de Student, χ^2), con nivel de significación $p < 0,05$ (intervalo de confianza [IC] del 95%).

Resultados: el número total de pacientes fue de 1.028, (51,0% varones), edad media 71,6 [15-104], mediana 77 años. Perfil PALET 264 (25,7%), pacientes oncológicos 94 (9,1%), otros 770 (65,2%). Estancia media sin diferencias significativas entre grupos. Mortalidad global en UMCE 39 casos (76,9% casos perfil PALET). Los pacientes PALET son mayores, *odds ratio* [OR] = 8,16 [IC del 95%, 4,18-14,16], $p < 0,001$; presentan peor situación funcional y mental ($p < 0,001$) y mayor mortalidad, OR = 10,76 [IC del 95%, 5,03-22,98], $p < 0,001$, que el resto. Asimismo, necesitan mayor proporción de recursos de tipo domiciliario y de media o larga estancia al alta ($p < 0,001$).

Conclusiones: nuestra UMCE atiende a una proporción importante de ancianos con enfermedad crónica y/o terminal (PALET), cuya situación funcional, mental y nutricional, así como su comorbilidad y elevada tasa de mortalidad, obligan a desarrollar recursos domiciliarios, sociosanitarios y hospitalares de apoyo que permitan mejorar la calidad de su atención.

Palabras clave

Unidad Médica de Corta Estancia. Perfil PALET. Recursos sociosanitarios. Ancianos.

Correspondencia: Dr. J.C. Andreu Ballester.
Servicio de Urgencias-UMCE. Hospital Arnau de Vilanova.
Juan Ramón Jiménez, 29-14. 46006 Valencia. España.
Correo electrónico: jcandreu@ono.com

Recibido el 19-07-05; aceptado el 22-08-06.

Social and health characteristics of elderly patients with chronic and/or terminal diseases (PALET profile) attended in a short stay medical unit

ABSTRACT

Objective: to describe the clinical, functional, health and social characteristics of the elderly population with chronic and/or terminal diseases (PALET profile) in a short-stay medical unit (SSMU) attached to an emergency department in relation to the remaining patients.

Material and methods: a descriptive study of all patients admitted to the SSMU during a 1-year period was performed. Data on age, sex, length of hospital stay, patient profile (PALET or oncological), functional status (Barthel index), cognitive status (Pfeiffer), nutritional status (MNA), depression (Yesavage), living arrangements, and destination after discharge were gathered. The statistical analysis consisted of descriptive study and bivariate analysis (Student's *t*-test, chi-square test) with a significance level of $p < 0.05$ (95% confidence interval [CI]).

Results: there were 1,028 patients (51.0% men), with a mean age of 71.6 years [15-104] (median 77 years). There were 264 PALET patients (25.7%), 94 oncological patients (9.1%), and 770 patients with other diagnoses (65.2%). No significant differences were found between the groups in the mean length of stay. Overall mortality in the SSMU: 39 patients (76.9% PALET patients). PALET patients were older (OR = 8.16 [95% CI: 4.18-14.16], $p < 0.001$), had poorer functional and mental status ($p < 0.001$) and showed higher mortality (OR = 10.76 [95% CI: 5.03-22.98], $p < 0.001$) than the remaining patients. PALET patients required a higher proportion of domiciliary resources and were more likely to be referred to medium- or long-stay facilities at discharge ($p < 0.001$).

Conclusions: our SSMU attends a substantial proportion of elderly patients with chronic and/or terminal diseases (PALET). Because of the functional, mental, and nutritional status of these patients, as well as the presence of comorbidities and the high mortality rate, domiciliary, health and social resources should be developed to improve the quality of care provided to these patients.

Key words

Short-stay medical unit. PALET profile. Health and social resources. The elderly.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es un fenómeno en aumento en el mundo desarrollado. Por ejemplo, en Estados Unidos, se estima que para el año 2030 la población mayor de 65 años rondará el 20%¹. Este porcentaje se espera que se alcance en España en el año 2021^{2,3}, con la consiguiente sobrecarga asistencial sanitaria y demanda social. Las Unidades Médicas de Corta Estancia (UMCE) se definen como: "Unidades especiales que tienen como objetivo la ordenación y la racionalización de los ingresos urgentes, además de la coordinación de los hospitales con los recursos sociosanitarios en la comunidad"⁴. Con este objetivo, estas unidades han sido puestas en marcha en determinados hospitales del Servicio Valenciano de Salud. Debido al envejecimiento de la población^{5,6}, el incremento de las enfermedades crónicas y la mayor supervivencia de las enfermedades oncológicas, estas unidades dirigen gran parte de sus recursos a atender a los grupos de pacientes englobados en la denominación de pacientes con perfil PALET (Pacientes Ancianos de Larga Estancia y Terminales), aunque su definición no sólo alcanza a los pacientes ancianos, sino también a toda persona que tiene al menos una enfermedad de evolución crónica o en estadio terminal y que necesita apoyo para la realización de actividades de la vida diaria (AVD) de manera continuada⁷.

La UMCE se coordina con otras unidades, como la Unidad de Hospitalización Domiciliaria (UHD), los Hospitales de Media y Larga Estancia y Atención Primaria, trabajando en conjunto con unidades de trabajo social, psicología o fisioterapia, entre otros profesionales, con el objetivo común de prestar una asistencia integral a estos pacientes. En el año 1999 las UMCE pasan a denominarse UMCE-ASS⁸ (Unidades Médicas de Corta Estancia y Asistencia SocioSanitaria) con la finalidad de integrar los recursos sociosanitarios a la atención del paciente con perfil PALET. El número de UMCE en la Comunidad Valenciana (España) se ha ido incrementando de forma importante en los últimos 10 años, en otras comunidades de España⁹⁻¹¹, así como en otros países¹², lo que ha permitido disminuir las causas de estancias inadecuadas¹³.

Nuestro objetivo es describir y analizar las características clínicas, funcionales y sociosanitarias de los pacientes atendidos en nuestra UMCE, y establecer una comparación entre los que se han incluido con perfil PALET y los que no presentan este perfil.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se realizó en un hospital de segundo nivel que dispone de 300 camas, ubicado en la ciudad de Valencia (España). El centro dispone de una UMCE-ASS con un total de 12 camas, que depende funcionalmente del servicio de urgencias, y es atendida por 2 médicos: uno fijo y otro rotatorio perteneciente a la plantilla de urgencias.

Para el presente trabajo, se considera la definición del paciente con perfil PALET como aquel que presenta una o varias de las características siguientes: a) anciano con pluripatología y discapacidad leve a grave; b) adulto con enfermedad crónica de un órgano en estadio avanzado, y c) paciente adulto de cualquier edad con o sin enfermedad neoplásica en fase terminal^{14,15}.

Se llevó a cabo un estudio descriptivo y prospectivo de los pacientes ingresados de modo consecutivo en la UMCE-ASS durante un período de 12 meses (del 1 de agosto de 2003 al 31 de julio de 2004). Se recogieron las variables sociodemográficas, clínicas y funcionales siguientes: edad, sexo, días de la estancia en la UCME-ASS, tipología clínica del paciente (perfil PALET, perfil oncológico), grado de dependencia para las AVD (índice de Barthel)^{16,17}, grado de deterioro cognitivo mediante el Short Portable Mental State Questionnaire (SPMSQ)¹⁸, situación nutricional (Mini Nutritional Assessment [MNA])¹⁹, presencia de síntomas de depresión y su grado (Yesavage)²⁰, situación familiar (convivencia familiar, aislamiento social, institucionalización en residencia de ancianos) y destino del paciente al final del proceso.

Para el análisis de los datos, se examinaron primordialmente los datos descriptivos de las características de los pacientes ingresados en la UMCE. Se compararon los resultados según pacientes perfil PALET con los que no poseen dicho perfil. Para establecer comparación de medias se utiliza la t de Student —mientras se asume la normalidad— o la U de Mann-Whitney —en caso de no asumirla—, previa prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para el caso de las variables cualitativas se empleó la prueba de χ^2 . Se construyeron tablas de contingencia para conocer la distribución de las variables estudiadas en los pacientes según su perfil. Como medida de asociación, se calculó la odds ratio (OR) y su intervalo de confianza (IC) del 95%. El nivel de significación asumido en todas las comparaciones fue de $p < 0,05$. El análisis se realizó con los programas SPSS versión 11 y Epi Info versión 6^{21,22}.

RESULTADOS

En el período comprendido por el estudio (un año), hemos atendido a un total de 1.028 pacientes en nuestra unidad (UMCE-ASS), de los cuales 524 eran varones (51,0%) y 504, mujeres (49,0%). La edad media es de 71,6 años, con una mediana de 77 años y un rango entre 15 y 102 años. Un total de 264 pacientes (25,7%) presentaban alguno de los criterios de paciente con perfil PALET, mientras que en 94 casos (9,1%) se trataba de pacientes pertenecientes a perfil oncológico. En la figura 1 se exponen los grupos de edad, en la que destaca que el 76,1% de los pacientes son mayores de 65 años.

Se observaron diferencias de edad al considerar el tipo clínico de los pacientes atendidos. En el caso de los pacientes con perfil PALET, un 95,1% de los casos son ma-

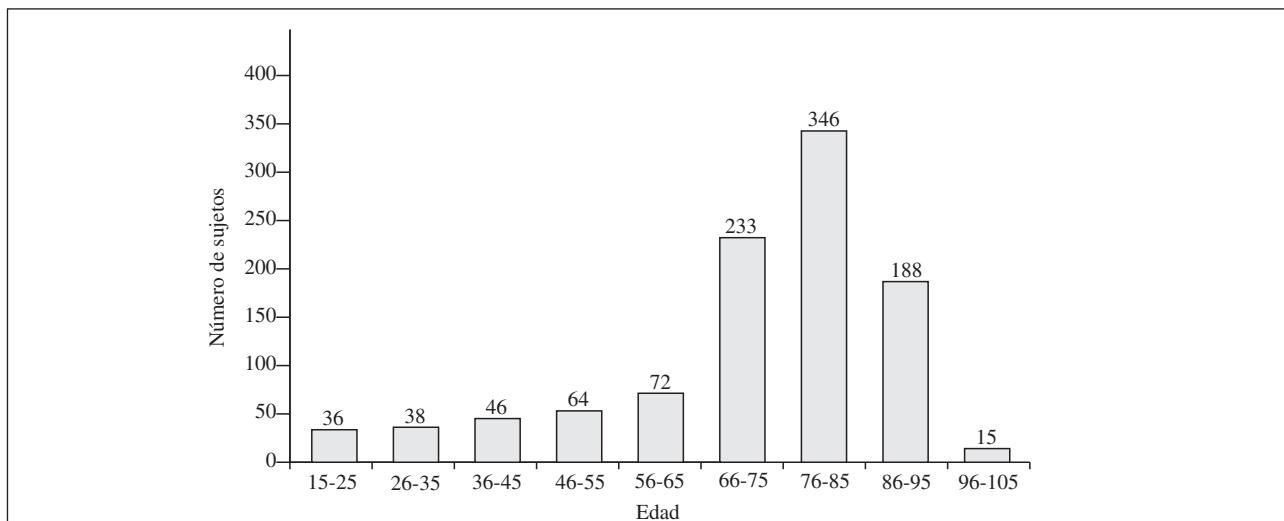


Figura 1. Distribución por edades de la muestra total estudiada.

TABLA 1. Características de los pacientes atendidos en la Unidad Médica de Corta Estancia (n = 1.028)

	Número	Porcentaje
Sexo femenino	524	51,0
Perfil de los pacientes (n = 1.028)		
PALET	264	25,7
Oncológicos	94	9,1
Resto	670	65,2
Situación funcional (Barthel) (n = 1.019)*		
Independiente	441	43,3
Dependencia ligera	173	17,0
Dependencia moderada	121	11,9
Dependencia grave	144	14,1
Dependencia total	140	13,7
Estado cognitivo (Pfeiffer) (n = 1.004)*		
Normal	574	57,2
Deterioro leve	155	15,4
Deterioro moderado	98	9,8
Deterioro grave	177	17,6
Estado nutricional (MNA) (n = 1.006)*		
Bien nutrido	669	66,5
Riesgo de desnutrición	239	23,8
Desnutrido	98	9,7
Depresión (Yesavage) (n = 756)*		
Normal	607	80,3
Depresión leve	87	11,5
Depresión establecida	62	8,2
Situación de convivencia (n = 1.004)		
Con sus familiares	897	89,3
Residencia ancianos	81	8,1
Solos	26	2,6

MNA: Mini Nutritional Assessment; PALET: pacientes ancianos de larga estancia y terminales.

*Se establecen puntos de corte según los datos de la bibliografía¹⁶⁻²⁰.

TABLA 2. Características de los pacientes con perfil PALET (n = 264)

	Número	Porcentaje
Sexo femenino	149	56,4
Situación funcional (Barthel) (n = 264)*		
Independiente	1	0,4
Dependencia ligera	7	2,7
Dependencia moderada	28	10,6
Dependencia grave	103	39,0
Dependencia total	125	47,3
Estado cognitivo (Pfeiffer) (n = 262)*		
Normal	10	3,8
Deterioro leve	53	20,2
Deterioro moderado	61	23,3
Deterioro grave	138	52,7
Estado nutricional (MNA) (n = 258)*		
Bien nutrido	53	20,5
Riesgo de desnutrición	122	47,3
Desnutrido	83	32,2
Depresión (Yesavage) (n = 154)*		
Normal	116	75,3
Depresión leve	28	18,2
Depresión establecida	10	6,5
Situación de convivencia (n = 252)		
Con sus familiares	191	74,9
Residencia ancianos	60	24,7
Solos	1	0,4

MNA: Mini Nutritional Assessment; PALET: pacientes ancianos de larga estancia y terminales.

*Se establecen puntos de corte según los datos de la bibliografía¹⁶⁻²⁰.

TABLA 3. Diagnóstico principal de los pacientes con perfil PALET (n = 264)

Enfermedades	n	Porcentaje
Infecciosas	166	62,9
Sepsis	48	18,2
Agudización enfermedad bronquial	47	17,8
Neumonía	39	14,8
Infección tracto urinario	29	11,0
Úlceras por presión	3	1,1
Oncológicos	25	9,5
Pulmón	5	1,9
Colon	5	1,9
Próstata	5	1,9
Hepatocarcinoma	3	1,1
Mama	3	1,1
Otras neoplasias sólidas o hematológicas	4	1,6
Accidente cerebrovascular agudo	14	5,3
Hemorragia digestiva alta	9	3,4
Otros diagnósticos	50	18,9
Total	264	100

PALET: pacientes ancianos de larga estancia y terminales.

iores de 65 años, con una OR = 8,16 (IC del 95%, 4,2-14,2; p < 0,001). Mientras la edad media de los pacientes PALET es de 81,6 años (IC del 95%, 80,4-82,8), la de los no-PALET es de 61,1 (IC del 95%, 66,7-69,5), con lo que se alcanza una diferencia de medias superior a 20 años.

El tiempo de estancia media en la unidad es de 2,42 días (mediana 2), siendo en los no-PALET de 2,38 (IC del 95%, 2,28-2,50) y en los PALET de 2,56 (IC del 95%, 2,34-2,77), aunque en este caso no se alcanzó una diferencia estadísticamente significativa (p = 0,148).

En la tabla 1 se describe la valoración sociosanitaria de la totalidad de pacientes atendidos en la unidad en el período de estudio, y se muestran los parámetros clínicos, funcionales y sociales más relevantes: perfil clínico, grado de dependencia, situación cognitiva, estado nutricional, presencia o no de depresión y situación familiar. Se observan diferencias en el número total de pacientes incluidos en cada uno de los epígrafes, justificado por la imposibilidad de realizar la evaluación correspondiente en la totalidad de los casos (datos perdidos).

En las tablas 2 y 3 se describen las características generales y los diagnósticos principales de los pacientes pertenecientes al perfil PALET.

En la tabla 4 se describen las medidas de asociación (OR) para las variables categóricas y el perfil PALET en comparación con el resto de la muestra total. Se encontró una asociación significativa con el perfil PALET para el sexo femenino, los grupos de edad más avanzada, los grados de dependencia grave y total, el deterioro cognitivo

moderado y grave, los estados de desnutrición, la presencia de depresión y el hecho de residir en una residencia de ancianos frente al resto de variables. Los pacientes con perfil PALET presentaron mayor probabilidad de morir o de ser remitidos a un hospital para continuar con los cuidados al final del episodio.

El número de fallecimientos durante el período del estudio ha sido de 39 pacientes (3,8% del total), de los cuales en 30 casos ha ocurrido en pacientes con perfil PALET (76,9%), y se ha alcanzado una diferencia estadísticamente significativa respecto al resto de pacientes con perfil no-PALET; OR = 10,76 (IC del 95%, 5,03-22,98; p < 0,001).

DISCUSIÓN

Los objetivos generales del programa PALET son mejorar la supervivencia de los pacientes, aumentar su calidad de vida e incrementar los períodos libres de enfermedad y ayudar a los pacientes en situación de terminalidad a tener una muerte digna. Además, como objetivos específicos se incluyen: proporcionar una valoración y atención integrales, ubicarlos en el mejor lugar terapéutico según el estadio de su enfermedad, coordinar las actuaciones sanitarias con los servicios sociales y proporcionarles un soporte emocional tanto a ellos como a sus familias.

Es importante destacar la elevada frecuentación de pacientes ancianos (> 75%) en nuestro servicio, en la que se encuentra una asociación claramente significativa, como es natural, entre edad mayor de 65 años y el perfil PALET. Más del 95% de los pacientes PALET incluidos en nuestro estudio son pacientes ancianos. Considerando que uno de cada 4 pacientes ingresados en la UMCE-ASS cumple las características de dicho perfil, esta circunstancia plantea un abordaje específico a la hora de planificar recursos. Hay que tener en cuenta que la edad media es en promedio 20 años mayor en los pacientes PALET (81 años) que en el resto (61 años).

La estancia media en la UMCE es de 2,4 (mediana de 2 días), cifras ligeramente más bajas que en otras unidades similares de otros centros²³⁻²⁵. No hay diferencias significativas entre la estancia del paciente PALET con respecto al resto (perfil no-PALET), y la estancia media se mantiene por debajo de 3 días. Esto se debe, en gran medida, al apoyo de otras unidades, como la UHD y el Hospital de Crónicos (Hospital Doctor Moliner), y muy especialmente a las residencias de ancianos asistidas, que, una vez estabilizado el paciente en nuestra unidad, asumen el traslado a sus respectivas competencias. De hecho, hay que destacar que más del 75% de los pacientes PALET procede de residencias de ancianos asistidas. Esta elevada proporción puede justificar también a priori su mayor tendencia a ser admitidos en la UMCE, frente a otros pacientes cuya procedencia es el domicilio familiar, en los que las circunstancias clínicas pueden condicionar

TABLA 4. Perfil demográfico, clínico, funcional y sociosanitario de los pacientes con tipología PALET frente al resto de la muestra, expresados como proporción y OR

Variable de estudio	n PALET/n total	Porcentaje	OR (IC del 95%)	p
Sexo				
Varón	115/524	21,9	1	
Mujer	149/504	29,6	1,49 (1,13-1,98)	0,005
Edad				
< 67 años	18/257	7,0	1	
67-76	40/258	15,5	2,44 (1,36-4,38)	< 0,002
77-83	79/253	31,2	6,03 (3,49-10,43)	< 0,001
≥ 84	127/260	48,8	12,68 (7,41-21,70)	< 0,001
Diagnóstico oncológico	25/94	26,6	1,05 (0,65-1,70)	0,806
Situación funcional (Barthel)*				
Independiente	1/441	0,2	0,01 (0,00-0,05)	< 0,001
Dependencia ligera	7/173	4,0	0,12 (0,06-0,26)	< 0,001
Dependencia moderada	28/121	23,1	0,86 (0,55-1,34)	0,294
Dependencia grave	103/144	71,5	7,18 (4,17-10,59)	< 0,001
Dependencia total	125/140	89,3	23,83 (13,70-41,46)	< 0,001
Estado cognitivo (Pfeiffer)*				
Normal	10/574	1,7	0,05 (0,03-0,10)	< 0,001
Deterioro leve	53/155	34,2	0,83 (0,55-1,23)	0,203
Deterioro moderado	61/98	62,2	4,67 (3,03-7,19)	< 0,001
Deterioro grave	138/177	78,0	21,04 (13,06-33,89)	< 0,001
Estado nutricional (MNA)*				
Bien nutrido	53/669	7,9	0,25 (0,18-0,34)	< 0,001
Riesgo de desnutrición	122/239	51,0	3,02 (2,26-4,04)	< 0,001
Desnutrido	83/98	84,7	16,04 (9,09-28,31)	< 0,001
Depresión (Yesavage)*				
Normal	116/607	19,1	0,92 (0,71-1,21)	0,304
Depresión leve	28/87	32,2	1,86 (1,14-3,01)	0,01
Depresión establecida	10/62	16,1	0,75 (0,37-1,51)	0,267
Situación de convivencia				
Con sus familiares	191/897	21,3	0,79 (0,64-0,98)	0,01
Residencia ancianos	1/26	3,8	10,28 (5,97-17,69)	0,005
Solos	63/81	77,8	0,12 (0,02-0,87)	< 0,001
Destino del paciente				
Domicilio previo	150/779	19,3	0,69 (0,55-0,87)	0,001
Hospitalización domicilio	54/124	43,5	2,23 (1,52-3,27)	0,001
Hospital media-larga estancia	22/35	62,9	4,90 (2,43-9,86)	0,001
Fallecimiento	30/39	76,9	9,65 (4,52-20,58)	0,001
Otros servicios	8/51	15,7	0,54 (0,25-1,16)	0,07

IC: intervalo de confianza; MNA: Mini Nutritional Assessment; OR: *odds ratio*; p: nivel de significación estadística; PALET: pacientes ancianos de larga estancia y terminales.

*Se establecen puntos de corte según los datos de la bibliografía¹⁶⁻²⁰.

más fácilmente su hospitalización en otro tipo de unidades médicas.

Dentro de las escalas para valorar las AVD se ha empleado el índice de Barthel, recomendado por el Royal College of Physicians of London y por la British Geriatrics Society como patrón para valorar las AVD en las personas ancianas, por su bajo coste de aplicación y su potencial utilidad para el seguimiento de la evolución de los pacien-

tes mayores y para el ajuste en los estudios de casuística (case-mix)^{26,27}. En nuestro estudio, más del 50% de los pacientes ingresados tienen algún grado de dependencia. Como es lógico por su propia definición, se asocia el grado de dependencia con el perfil PALET, y respectivamente se halla una probabilidad de 7 y 23 veces mayor de dependencia grave y total en estos pacientes frente al perfil no-PALET. Tan sólo en la dependencia moderada no hay diferencias significativas.

El deterioro cognitivo medido con el SPMSQ mostró unos resultados de prevalencia del 42,8% en la muestra global, cifra próxima al 40% de las series que evalúan ancianos hospitalizados¹⁸. En nuestro caso, la probabilidad de presentar deterioro cognitivo en el grupo PALET crece desde más de 4 veces para el estadio moderado hasta 21 para el grave en relación con la muestra total.

El MNA ha demostrado ser un excelente predictor del estado nutricional tanto al ingreso como al alta de los pacientes, y una medición baja en el MNA es predictiva de mayores efectos adversos durante la hospitalización, así como de una mayor mortalidad^{28,29}. El estado más grave de desnutrición se alcanza entre los pacientes con alteraciones graves del estado cognitivo³⁰, y es también más intenso en pacientes con depresión³¹. En cuanto al estado nutritivo en nuestro estudio, casi el 10% de los pacientes ingresados en la unidad estaban desnutridos, y alrededor de un 25% presentaban riesgo de desnutrición. Estas cifras contrastan con las expuestas en otras publicaciones, que cifran la desnutrición establecida en pacientes hospitalizados entre el 20 y el 65%^{29,32,33}, aunque lógicamente la disparidad de datos se debe, como en nuestro caso, a diversas variables clínicas y sociodemográficas. Por ejemplo, la probabilidad de estar desnutrido fue 16 veces mayor en el paciente PALET que en el resto de la muestra.

No sucede lo mismo con el grado de depresión estimado con la escala de Yesavage. Solamente la depresión leve se asocia ligeramente de forma significativa con el perfil PALET, sin que haya una asociación clara con la depresión establecida. Este hecho probablemente se deba a que el deterioro grave cognitivo de estos pacientes impide una correcta valoración de su estado anímico, aunque en parte también puede estar justificado por no disponer de los datos de todos los pacientes (tablas 1 y 2).

Más del 75% de los fallecimientos acaecidos en el servicio suceden entre los pacientes PALET. Una de nuestras metas es precisamente procurar que el paciente terminal tenga una muerte digna, al lado de sus familiares, fuera del ambiente desapacible que supone el servicio de urgencias. Nuestra UMCE-ASS ha sido diseñada de tal modo que está lo suficientemente alejada del área de urgencias, como para poder obtener la tranquilidad que el paciente y sus familiares merecen, aportando el soporte médico, psicológico y espiritual que cada caso requiere. De hecho, en la mayor parte de los pacientes que fallecieron en la UMCE, el motivo de ingreso fue acompañar y apoyar la situación de agonía.

En definitiva, la UMCE-ASS que depende de nuestro servicio de urgencias atiende fundamentalmente a una población anciana y crónica con pluripatología, y es un puente de unión entre el hospital y otros niveles de la atención de estos pacientes, especialmente residencias de ancianos. Cerca de una tercera parte de los pacientes atendidos tienen perfil PALET. La mayoría de estos pacientes con dicho perfil son ancianos con una elevada mortalidad.

Dada la experiencia de nuestra unidad, parece evidente la necesidad de profundizar en el desarrollo y estudio de niveles asistenciales que permitan una mejor intervención en estos pacientes, así como que se aborde la conveniencia o no de ingreso hospitalario de enfermedades concretas y se resuelvan algunas dudas sobre el lugar y circunstancias donde ocurre la muerte en este tipo de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Field MJ, Cassel CK, editores. *Approaching death: improving care at the end of life*. Washington, DC: National Academy Press; 1997.
2. Fernández Cordón JA. Proyecciones de la población Española. Papeles de la economía española. 1998;77.
3. García B, Martínez J. *Demografía de la vejez. Envejecimiento y Sociedad*. 1.ª ed. Madrid: Panamericana; 1999. p 17-44.
4. Diario Oficial de la Generalidad Valenciana. DOGV n.º 2527. 12/06/1995, p. 8879-81.
5. Gillick MR. Long-term care options for the frail elderly. *J Am Geriatr Soc*. 1989;37:1198-203.
6. Ministerio de Asuntos Sociales. *La tercera edad en España: aspectos cuantitativos. Proyecciones de la población española de 60 y más años para el período 1986-2010*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales; 1991.
7. Diario Oficial de la Generalidad Valenciana. DOGV n.º 668. 30/03/1995.
8. Diario Oficial de la Generalidad Valenciana. DOGV n.º 3512. 8/06/1999, p. 5388.
9. Villalba J, Siso A, Cereijo AC, Sequeira E, De La Sierra A. Adecuación de la hospitalización en una unidad de estancia corta de un hospital universitario. Un estudio controlado. *Med Clin (Barc)*. 2004;122:454-6.
10. Lamireau T, Llanas B, Dommange S, Genet C, Fayon M. A short-stay observation unit improves care in the paediatric emergency care setting. *Eur J Emerg Med*. 2000;7:261-5.
11. Cooke MW, Higgins J, Kidd P. Use of emergency observation and assessment wards: a systematic literature review. *Emerg Med J*. 2003;20:138-42.
12. Daly S, Campbell DA, Cameron PA. Short-stay units and observation medicine: a systematic review. *Med J Aust*. 2003;178:559-63.
13. Bond GR, Wiegand CB. Estimated use of a pediatric emergency department observation unit. *Ann Emerg Med*. 1997;29:739-42.
14. Gómez-Batiste Alentorn X, Roca Casas J, Pladevall Casellas C, Gorchs Font N, Guinovart Garriga C. Atención Domiciliaria. En: López RM, Maymo N, editores. *Monografías Clínicas en Atención Primaria*. Barcelona: Ed. DOY-MA; 1991. p. 131-49.
15. Morrison RS, Meier DE. Clinical Practice. Palliative Care. *N Engl J Med*. 2004;350:2582-90.
16. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel index. *Md Med J*. 1965;14:61-5.
17. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Evaluación de la discapacidad: el índice de Barthel. *Rev Esp Salud Pública*. 1997;71:127-37.
18. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc*. 1975;23: 433-41.
19. Vellas B, Guigoz Y, Garry PJ, Nourhashemi F, Bennahum D, Lauque S, et al. The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition*. 1999;15:116-22.
20. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1982;17:37-49.
21. SPSS for Windows. Release 11. Chicago: SPSS Inc; 2000.
22. Epi Info Versión 6.04, Geneva: WHO; 1997.
23. Corbella X, Salazar A, Maiques JM, Juan A. Unidad de corta estancia de urgencias como alternativa a la hospitalización convencional. *Med Clin (Barc)*. 2002;118:515-6.
24. Martí-Cipriana JM, Valdivieso-Martínez B, Alvaro-Jáuregui E, Cuéllar de León J, Aguilera Sancho-Tello V, Herraiz Soler M. Asistencia a pacientes ancianos y crónicos en una unidad médica de corta estancia. *An Med Interna*. 1999;16:398-406.

25. Díz-Lois Palomares MT, De la Iglesia Martínez F, Nicolás Miguel R, Pellicer Vázquez C, Ramos Polledo V, Díz-Lois Martínez F. Factores predictores de reingreso hospitalario no planificado en pacientes dados de alta de una Unidad de Corta Estancia Médica. *An Med Interna*. 2002;19: 221-5.
26. Stone SP, Ali B, Auberleek I, Thompsell A, Young A. The Barthel Index in clinical practice: use on a rehabilitation ward for elderly people. *J Roy Coll Phys Lond*. 1994;28:419-23.
27. Jitapunkul S, Kamolratanakul P, Ebrahim S. The meaning of activities of daily living in a thai elderly population: development of a new index. *Age Ageing*. 1994;23:97-101.
28. Donini LM, Savina C, Rosano A, De Felice MR, Tassi L, De Bernardini L, et al. MNA predictive value in the follow-up of geriatric patients. *J Nutr Health Aging*. 2003;7:282-93.
29. Compan B, Di Castri A, Plaze JM, Arnaud-Battandier F. Epidemiological study of malnutrition in elderly patients in acute, sub-acute and long-term care using the MNA. *J Nutr Health Aging*. 1999;3:146-51.
30. Magri F, Borza A, Del Vecchio S, Chytiris S, Cuzzoni G, Busconi L, et al. Nutritional assessment of demented patients: a descriptive study. *Aging Clin Exp Res*. 2003;15:148-53.
31. Thomas DR, Zdrowski CD, Wilson MM, Conright KC, Lewis C, Tariq S, et al. Malnutrition in subacute care. *Am J Clin Nutr*. 2002;75:308-13.
32. Guigoz Y, Lauque S, Vellas BJ. Identifying the elderly at risk for malnutrition. The Mini Nutritional Assessment. *Gerontology*. 2000;46:139-45.
33. Pepersack T, Corretge M, Beyer I, Namias B. Examining the effect of intervention to nutritional problems of hospitalised elderly: a pilot project. *J Nutr Health Aging*. 2002;6:306-10.