

A propósito de las unidades médicas de corta estancia

Sr. Editor:

He leído con gran interés el artículo «Estudio sociosanitario del paciente anciano con perfil de larga estancia y terminal atendido en una unidad médica de corta estancia»¹, publicado en el número de noviembre-diciembre de 2006, ya que toda propuesta o iniciativa que intente mejorar en nuestro entorno la coordinación y ordenación de recursos sociosanitarios en el anciano tiene que ser bienvenida. No obstante, la lectura del artículo me ha producido cierta inquietud.

Como indica el estudio, el objetivo de las unidades médicas de corta estancia (UMCE) es «la ordenación y racionalización de los ingresos urgentes», y la iniciativa surge desde los equipos de urgencias. A priori, pudiera resultar plausible tal propuesta, pero se describe más como un criterio disuasorio de ingreso que como un recurso real que mejore la calidad asistencial del paciente anciano.

A mi modo de entender, uno de los puntos de mayor confusión del artículo es de carácter estrictamente conceptual. Por una parte, los objetivos específicos de las UMCE descritos en la discusión son «proporcionar una valoración y una atención integral, ubicarlos en el mejor lugar terapéutico según su estadio de enfermedad, coordinar las actuaciones sanitarias con los servicios sociales y proporcionarles un soporte emocional tanto a ellos como a sus familiares», todos ellos muy correctos, necesarios pero a su vez muy ambiciosos para una unidad con unas limitaciones estructurales y funcionales determinadas. Sin embargo, la definición que se realiza de éstas en la introducción como «unidades especiales que tienen como objetivo la ordenación y racionalización de los ingresos urgentes, además de la coordinación de los hospitales con los recursos sociosanitarios en la comunidad» es la que realmente define el Servicio Valenciano de Salud.

Otro de los puntos conflictivos es la definición del paciente anciano de larga estancia y terminales (PALET). Tenemos que reconocer que la «denominación de origen» de paciente anciano de larga estancia y terminales es poco agraciada y, sin embargo, es la que da nombre al programa. Los autores intentan realizar una definición en material y métodos, pero en consonancia con lo que se entiende en la literatura geriátrica, la definición engloba tanto al paciente geriátrico como al paliativo sin marcar los criterios utilizados para definir enfermedad en fase terminal. Tampoco se contempla el potencial rehabilitador

del grupo de pacientes ancianos con pluripatología y discapacidad leve o grave. Es decir, el grupo de ancianos que incluye es muy heterogéneo.

Es indudable que los pacientes con pluripatología crónica y gran dependencia funcional son mejor atendidos en centros de larga estancia, pero también es cierto que las reagudizaciones de una afección crónica o la aparición de nuevos problemas requieren ocasionalmente recursos no disponibles en centros de larga estancia y justifican su traslado a hospital de agudos². En la actualidad, disponemos de datos con probada evidencia científica que han demostrado la eficacia de determinados niveles asistenciales para el paciente anciano³⁻⁵. Si lo que nos proponemos es valorar la eficacia de otros niveles asistenciales, como pueden ser las UMCE, deberíamos dar respuesta a ciertas preguntas: ¿cuál ha sido el motivo de acudir a urgencias de los pacientes PALET y del otro grupo?, ¿qué porcentaje de enfermos ancianos acudían a urgencias sin causa justificada, y cuál era esta causa?, ¿cuál el diagnóstico al alta?, ¿qué intervención médica se realiza en la UMCE (pruebas complementarias, tratamiento por vía intravenosa, inicio de antibioticoterapia rehidratación)?, ¿cuántos pacientes PALET y no PALET han requerido ingreso?

Cuando el objetivo es mejorar la coordinación entre niveles asistenciales creo que se debería describir de manera más detallada la cartera de recursos reales de los que se dispone. Me pregunto: ¿qué flujo de derivaciones ha habido hacia otros niveles asistenciales, hacia hospital de día, unidades domiciliarias?, ¿qué papel tienen asignadas estas unidades dentro del continuum asistencial?, ¿tienen estas unidades la disponibilidad real de traslado a camas de larga estancia, media estancia, ayuda a domicilio? Los recursos sociosanitarios a los que se refiere: ¿Dependen de ellos, tienen libre acceso, el proveedor sanitario es el mismo, son de carácter público o privado? Cuando se escribe que las unidades se asocian a trabajo social, fisioterapeutas, ¿a qué se está refiriendo?, ¿cuántas intervenciones sociales ha habido, con qué recursos sociales se cuenta, qué intervenciones de fisioterapia se proponen en pacientes paliativos?

Otro aspecto interesante que revisar sería si el motivo de traslado de los pacientes de residencia eran justificados, lo cual indicaría una correcta o no dotación de medios en el ámbito residencial, o al contrario, una carencia de recursos que justifican un traslado a urgencias⁶.

Sin duda, urgencias es el nivel asistencial donde más complicado resulta realizar una correcta valoración geriátrica integral del anciano, debido, entre otros factores, a la presión asistencial de estas unidades, al medio hostil que supone una unidad de estas características para el anciano⁷. No obstante, cuando la realiza personal especializado la herramienta de la valoración geriátrica es mucho más potente⁸. No se puede extrapolar que la desnutrición, el deterioro cognitivo, la dependencia funcional son indicadores de pacientes PALET. Estamos olvidando un aspecto importante de la medicina geriátrica y es la valoración del potencial rehabilitador y la capacidad de reversibilidad⁹⁻¹¹. Es decir, los pacientes PALET serán prácticamente todos pacientes con alta dependencia funcional, con frecuencia con deterioro cognitivo y desnutrición, pero de ahí a decir que pacientes con alta dependencia, deterioro cognitivo y desnutrición son paliativos hay un abismo. Estaremos metiendo en el mismo saco a pacientes ancianos subsidiarios de una convalecencia, como aquellos que han sufrido una fractura de cadera o un reciente ictus, que es posible que en la fase inicial de la enfermedad presenten una alta dependencia, desnutrición y deterioro cognitivo y, sin embargo, tengan un pronóstico favorable^{12,13}.

Por último, para concluir que se ha reducido la estancia hospitalaria, habría que partir de una situación previa. ¿Cuántos ingresos de pacientes con estos criterios había antes de abrirse estas unidades y cuántos hay ahora?, ¿qué estancia media hospitalaria de pacientes ancianos había antes y ahora? El hecho de conseguir una estancia media inferior a 3 días parece que responde más a una definición estructural de la unidad, que a la intervención que se haya realizado durante la estancia que, por cierto, no menciona.

En definitiva, el artículo me ha hecho reflexionar, una vez más, sobre la atención sanitaria y social que prestamos a nuestros ancianos, que creo que se debería enmarcar en planes directores amplios que contemplen una verdadera integración de servicios. Deberíamos hacer mayores esfuerzos para trasladar a nuestros planificadores sanitarios que la visión aislada de una parte de problema sólo producirá respuestas parciales. El esfuerzo

que realizan los autores desde el servicio de urgencias es loable, al ser éste un nivel asistencial con dificultades estructurales para realizar una valoración e intervención geriátrica, pero mucho me temo que puede ser balón si no existe una adecuada orientación de la intervención y una buena coordinación con otros niveles asistenciales.

Esther Martínez Almazán
Directora Asistencial. Hospital de la Santa Creu.
Jesús-Tortosa. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Andreu-Ballester JC, Almela-Quilis A, Ballester F, Colomer-Rubio E, Marín-Tena E, Peiró Gómez A. Estudio sociosanitario del paciente anciano con perfil de larga estancia y terminal atendido en una unidad médica de corta estancia. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2006;41:327-33.
2. Pérez Martín A, Avellana Zaragoza M. Atención sanitaria al anciano con enfermedad aguda en riesgo de incapacidad. En: Rodríguez Mañas L, Solano Jaurrieta JJ, editores. *Bases de la atención sanitaria al anciano*. Madrid: Sociedad Española de Medicina Geriátrica; 2001. p. 125-44.
3. Reuben DB. Making hospitals better places for sick older persons. *J Am Geriatr Soc.* 2000;48:1728-9.
4. Rubenstein LZ. Hospital Geriatric Assessment and Management Units. En: Rubenstein LZ, Wieland D, Bernabei R, editores. *Geriatric Assessment Technology: The state of the art*. Milan: Editrice Kurtis; 1995. p. 195-209.
5. Burton LC, Leff B, Harper M, Ghoshgare I, Steinwachs DA, Greenough WB, et al. Acceptability to patients of a home hospital. *J Am Geriatr Soc.* 1998;46:605-9.
6. Barrick C, Karuza J, Levitt J. Impacting quality: assessment of a hospital-based geriatric acute unit. *Am J Med Qual.* 1999;14:133-7.
7. Lewis LM, Millar DK, Morley JE, Nork MJ, Lasater LC. Unrecognized delirium in Emergency Department geriatric patients. *Am J Emerg Med.* 1995;13:142-5.
8. Miller DK, Lewis LM, Nork MJ, Morley JE. Controlled trial of geriatric case-finding and liaison service in an emergency department. *J Am Geriatr Soc.* 1996;44:513-20.
9. Valderrama-Gama E, Damian J, Guallar E, Rodríguez-Mañas L. Previous disability as a predictor of outcome in a Geriatric Rehabilitation Unit *J Gerontol.* 1998;53A:M405-9.
10. Zuckerman JD. Hip fracture. *N Engl J Med.* 1996;334:1519-25.
11. Sager MA, Rudberg MA. Functional decline associated with hospitalization for acute ones. *Clin Geriatr Med.* 1998;14:669-79.
12. Hoenig H, Rubenstein LZ, Sloane R, Horner R, Kahn K. What is the role of timing in the surgical and rehabilitative care of community-dwelling older persons with acute hip fracture? *Arch Inter Med.* 1997;157:513-20.
13. Valderrama E, Baztán JJ, Pérez del Molino J. Eficiencia de la mejoría funcional obtenida en una Unidad de Media Estancia o Convalecencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 1997;32:139-43.