

Evolución de la capacidad funcional y características de los pacientes ingresados en la Unidad de Convalecencia y Rehabilitación (UCR)

German Diestre
 Maria Teresa
 Vilarmau

Hospital de Sabadell,
 Corporación
 Parc Taulí
 Sabadell, Barcelona

Resumen

Fundamento: Los objetivos del estudio son describir las características clínicas de los pacientes ingresados en la UCR y comparar la capacidad funcional de los pacientes al ingreso y al alta de una unidad de convalecencia y rehabilitación (UCR).

Métodos: El estudio incluye a 501 pacientes ingresados en la UCR y dados de alta consecutivamente desde el 1 de junio de 1993 hasta el 30 de mayo de 1996. Se han recogido variables sociodemográficas, clínicas, y el Índice de Barthel para evaluar la capacidad funcional.

Resultados: La estancia media ha sido de 43,2 días y la edad media de 69,5 años. El 75% de los pacientes regresaron a su domicilio y fallecieron el 3,2%. El diagnóstico principal al ingreso fue de patología vascular cerebral en 208 pacientes (41,4%) y la fractura de fémur en 81 (16,2%). La media del Índice de Barthel (IB) al ingreso fue de 48,6 y al alta de 56,8. Se apreciaron diferencias en el impacto del cambio en el IB en todos los grupos analizados. El efecto fue menor en los pacientes de 75-84 años ($0,18 \pm 0,9$) y mayores de 85 años ($0,12 \pm 0,9$). En los pacientes que presentaban síndrome de inmovilidad el IB disminuyó ($0,16 \pm 1,3$).

Conclusiones: La capacidad funcional mejora durante la estancia en una UCR pero menos en los pacientes más mayores o en los que presentan síndrome de inmovilidad.

Palabras clave: Incapacidad. Actividades de la vida diaria. Capacidad funcional.

Summary

Background: The aim of this study is to describe the characteristics of the patients admitted to the Convalescence and Rehabilitation Unit (CRU), and to study their functional capacity.

Methods: The study included 501 patients admitted to the CRU and discharged consecutively from the 1st June 1993 until 31st May 1996. Various demographic and clinical data was recorded and the Barthel Index was used to evaluate their functional capacity.

Results: The mean length of hospital stay was 43,2 days, and the mean age of the patients was 69,5 years. Seventy five percent were discharged to their homes and 3,2% (41,4%) and fracture of proximal femur in 81 (16,2%). The mean of the Barthel Index (BI) at admission was 48,6 and 56,8 at discharge. Meaningful differences were found in the

impact of the change in functional capacity in all the analyzed groups.

This impact was less impressive for older people: between 75-84 years ($0,18 \pm 0,9$) older than 85 ($0,12 \pm 0,9$) and the BI decreased for people with a immobility ($-0,16 \pm 1,3$).

Conclusions: Functional capacity improves during the stay in the CRU, but less in the eldest patients or those which present immobility syndrome.

Key words: Disability. Activities of daily living. Functional capacity.

Introducción

La disminución de la capacidad funcional en la población geriátrica, bien como secuelas de procesos agudos, o en relación al envejecimiento, se ha convertido en un importante problema de salud en sociedades desarrolladas y estimulado la implementación de recursos que puedan tratar dicho problema. Las unidades de convalecencia y rehabilitación creadas en la Cataluña desde hace varios años tienen como objetivo conseguir la máxima recuperación tras un episodio agudo y facilitar la adaptación del paciente a la nueva situación de discapacidad y poder así retornar nuevamente al propio domicilio. En ellas se atienden a los pacientes en régimen de institucionalización, y son equiparables a las unidades de mediana estancia¹. El instrumento principal que desarrolla la asistencia es el Equipo Asistencial Multidisciplinar (EAM), formado por el médico, enfermera, psicólogo, asistente social, fisioterapeuta y terapeuta ocupacional. El método de trabajo que utiliza el EAM es el llamado interdisciplinar².

La efectividad de estas unidades está empezando a ser estudiada en nuestra comunidad³⁻⁵. En las unidades de mediana estancia geriátricas y en las unidades específicas de procesos como ictus y fractura de fémur en otros países, se ha podido establecer que efectivamente mejoran la capacidad funcional al alta y disminuyen la mortalidad durante el ingreso⁶⁻¹⁰.

Correspondencia:
 M^a.T. Vilarmau Dolçet
 Unidad de Convalecencia y
 Rehabilitación, Hospital de
 Sabadell, Corporación Parc
 Taulí, Parc Taulí s/n, 08206,
 Sabadell. Barcelona

Los objetivos del estudio son describir las características clínicas de los pacientes ingresados en la UCR, analizar la edad y la estancia según el sexo, los grupos de diagnóstico y la comorbilidad y comparar la capacidad funcional de los pacientes al ingreso y al alta de la UCR según el sexo, la edad y el diagnóstico principal utilizando el Índice de Barthel como instrumento de evaluación de la misma.

Material y método

La UCR forma parte del Hospital de Sabadell, perteneciente a la Corporación Parc Taulí. Está ubicada en un edificio cercano al centro de agudos, junto a las unidades de cuidados paliativos y de hospitalización de enfermos crónicos. Dispone de 20 camas, de la infraestructura de equipamiento y personal propios de un establecimiento hospitalario y del tipo de atención propio de una institución de pacientes geriátricos y crónicos.

Sujetos de estudio

Se han estudiado de forma prospectiva todos los pacientes dados de alta consecutivamente de la UCR desde junio de 1993 hasta mayo de 1996 (N=501).

Método

A todos los pacientes se les realiza en la primera semana del ingreso una valoración geriátrica integral, que incluye anamnesis y exploración física general, valoración de la capacidad funcional, del estado mental y valoración de la situación social mediante entrevista estructurada que realiza el profesional de trabajo social.

VARIABLES ESTUDIADAS

Sexo, edad, estancia hospitalaria previa al ingreso en UCR (cuando el paciente procede directamente del hospital de agudos), procedencia (puede adoptar los valores domicilio, hospital según servicios y otros hospitales), destino al alta (puede adoptar los valores domicilio, residencia, hospital y defunción), duración de la estancia en UCR, diagnóstico principal y secundarios al ingreso (codificados según la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª revisión, Modificación Clínica) y grupo diagnóstico. Se ha utilizado el índice de comorbilidad de Charlson¹¹ para evaluar el impacto de varias enfer-

medades crónicas. Dicho índice se basa en la existencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardíaca congestiva y/o cardiopatía isquémica, demencia, enfermedad arterial periférica, insuficiencia renal crónica en diálisis y cáncer. Las seis primeras condiciones se puntúan con 1 punto y con 2 las dos últimas. Las tres categorías de esta variable son: ausencia de comorbilidad (igual o inferior a 1 punto), comorbilidad baja (2 puntos) y comorbilidad alta (igual o superior a 3 puntos). La variable grupo diagnóstico se refiere al diagnóstico principal con el que ingresa el paciente en la UCR, e incluye los siguientes valores: 1) Patología vascular cerebral de instauración aguda (PVC); 2) Fractura de fémur aguda o recambio de prótesis de cadera (F.fémur); 3) Pacientes que han sufrido una amputación de una extremidad inferior, a cualquier nivel por patología arterial crónica o secundaria a traumatismo (Amputación); 4) Debilidad global muscular por amiotrofia secundaria a un internamiento e inactividad prolongados, o enfermedades que cursan propiamente con debilidad muscular (S. inmovilidad); 5) Cualquier otro tipo de fractura diferente a la fractura de fémur, o cualquier procedimiento quirúrgico y/o ortopédico distinto al tratamiento de la fractura de fémur (O.fracturas); 6) Diagnósticos o procedimientos no incluidos en los grupos anteriores (Miscelánea). Los valores de esta variable atribuidos a cada paciente fueron establecidos siempre por el médico de la unidad. El estado mental se valora mediante el Miniexamen cognoscitivo¹² (versión de Lobo), aunque no se ha incluido en los análisis por no haberse podido realizar en todos los pacientes.

Capacidad funcional

La valoración de la capacidad funcional y de su evolución se realiza mediante el índice de Barthel¹³⁻¹⁴, que evalúa la independencia del paciente para realizar 10 actividades básicas de la vida diaria (AVD) que son comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al lavabo, trasladarse del sillón a la cama y viceversa, deambulación y subir y bajar escaleras. La puntuación mínima de 0 significa dependencia absoluta para todas las AVD evaluadas y la máxima de 100 equivale a ser independiente para realizar todas las AVD evaluadas (90 para pacientes en silla de ruedas). El cambio en la capacidad funcional viene determinado por la diferencia absoluta entre el Índice de Barthel al alta (IBA) y al ingreso (IBA-IBI=CAMBIO). Un valor positivo equivale a mejora y uno negativo a empeoramiento en la capacidad funcional. Para precisar el impacto de

dicho cambio hemos utilizado la técnica descrita por Cohen¹⁵, que divide el valor del cambio por la desviación estándar del mismo. Le llamaremos tamaño del cambio en el Índice de Barthel (TCIB). Un valor de 0,2 corresponde a un efecto pequeño en la intervención de la UCR, de 0,5 corresponde a un efecto moderado y de 0,8 a uno importante¹⁶.

El índice de Barthel al alta tendrá valor cero en todos los pacientes cuyo destino sea el reingreso hospitalario o la muerte.

Análisis estadístico

Para el registro de la información recogida se utilizó la base de datos D-Base III+ y para el análisis el paquete estadístico SPSS-PC+ para Windows.

Se realizó el análisis descriptivo de todas las variables estudiadas, que serán presentadas en forma de media y desviación estándar en el caso de las cuantitativas y de porcentaje en el caso de las categóricas.

La normalidad de una variable se comprobó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Para el análisis univariante se utilizó la técnica de chi-cuadrado para comparar dos variables categóricas y la t de student para la comparación de dos medias, en caso de distribución normal. Para variables cuantitativas de distribución no normal se utilizaron las pruebas no paramétricas de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis. Para el estudio de datos apareados se utilizó la técnica de Wilcoxon.

Para comparar la magnitud del cambio en la variable Índice de Barthel se utilizó la media de la diferencia entre el Índice de Barthel al alta y al ingreso dividida por la desviación estándar de dicha diferencia.

Se consideran estadísticamente significativas las diferencias para valores de p inferiores a 0,05.

Limitaciones

Aunque el estado mental y las condiciones socioeconómicas son parámetros muy importantes en la utilización de recursos sociosanitarios, no se dispone de suficientes datos de los mismos, por lo que estas variables no se han podido estudiar.

Resultados

Estudio descriptivo

Se han incluido en el estudio 501 pacientes, dados de alta de la UCR desde 1993 hasta 1996.

Las características generales se detallan en la tabla 1.

La edad media es de 69,5 años, con una mediana de 72 años. El 25,3% de los pacientes tiene menos de 65 años, un 33,8 entre 65 y 74 años, un 32,3% entre 75 y 84 años, y un 8,6% más de 84 años.

La estancia media es de 43,2 días. El 12,8% tiene una estancia inferior a 15 días, el 65,3 entre 15 y 60 días, un 17,8 entre 61 y 90 días y el 4,2% más de 90 días.

Tabla 1. Características generales (n=501)

| | |
|--|------------------|
| Porcentaje de pacientes varones | 52,3% |
| Edad media (DE) | 69,5 años (13,6) |
| Estancia media (DE) | 43,2 días (27,6) |
| Media del Índice de Barthel al ingreso (DE) | 48,6 (24,5) |
| Media del Índice de Barthel al alta (DE) | 56,8 (33) |
| Porcentaje de pacientes con ausencia de comorbilidad | 241 (48,1%) |
| Estancia media hospitalaria (n=466) (DE) | 31,5 (31,9) |
| Fallecidos | 16 (3,2%) |
| DE: Desviación estándar | |

Tabla 2. Grupos de diagnóstico

| Grupo diagnóstico | n | % |
|---------------------|-----|------|
| PVC* | 208 | 41,4 |
| F. fémur | 81 | 16,2 |
| Enfermedad arterial | 38 | 7,6 |
| S. inmovilidad | 59 | 11,8 |
| O. fracturas | 44 | 8,8 |
| Miscelánea | 71 | 14,2 |
| Total | 501 | 10 |

*PVC: Patología Vasculat Cerebral

Tabla 3. Edad y estancia media segun el destino al alta

| | Total N=501 | Domicilio n=376 | Hospital n=62 | Residencia n=47 | Muerte n=16 | p |
|----------------|----------------|--------------------|------------------|--------------------|----------------|--------|
| Edad media | 69,5 ±13,6 | 68,6 ±13,7 | 67,8 ±15,4 | 76,3 ±8,7 | 76,3 ±8,4 | 0,0002 |
| Estancia media | 43,2 ±27,6 | 46,1 ±24,2 | 25 ±28,3 | 46,8 ±41,3 | 33,8 ±23,7 | 0,0000 |

| | PVC N=208 | F. fémur n=81 | E. arterial n=38 | S. inmovil n=59 | O. fract. N=44 | Miscel. N=71 |
|-------------------|--------------|------------------|---------------------|--------------------|-------------------|-----------------|
| Edad (años) | *68,7±11,2 | 79,5 ±8,3 | 69,9 ±9,9 | 69,5±12,9 | 60,1±21,6 | 66 ±14,5 |
| Estancia (días) * | 45,9±24,7 | 42,3±20,6 | 43,2±27,3 | 35,7±22,5 | 44,1±25,8 | 42 ± 43,1 |
| Destino (casos): | | | | | | |
| Domicilio (n=376) | 166 (79,8) | 65 (80,3) | 33 (86,9) | 36 (61) | 35 (79,5) | 41 (57,7) |
| Hospital (n=62) | 22 (10,6) | 6 (7,4) | 1 (2,6) | 17 (28,8) | 5 (11,4) | 11 (15,5) |
| Residencia (n=47) | 16 (7,7) | 7 (8,6) | 4 (10,5) | 3 (5,1) | 4 (9,1) | 13 (18,3) |
| Muerte (n=16) | 4 (1,9) | 3 (3,7) | 0 | 3 (5,1) | 0 | 6 (8,5) |

* p<0,05

Tabla 4.
Edad media, estancia media y destino al alta según los grupos de diagnóstico

| Comorbilidad | Ausencia n=241 | Baja n=156 | Alta n=104 | p |
|--------------|-------------------|---------------|---------------|--------|
| Edad | 68,8 ±16,5 | 69,4 ±11,2 | 71,2 ±8,2 | 0,3751 |
| Estancia | 43,3 ±29,4 | 40,6 ±27,8 | 46,8 ±22,4 | 0,0236 |

Tabla 5.
Edad media y estancia media según la comorbilidad

La mayoría de pacientes proceden del hospital de agudos de referencia de la propia UCR (89,6%). El 54,8% del Servicio de Medicina, el 25% del Servicio de Traumatología, 9,8% del Servicio de Cirugía, el 7,6% de otros hospitales y el 2,8% del propio domicilio. La estancia media de estos pacientes es de 31,5 días, siendo la estancia global de los pacientes del hospital de agudos de 6 días.

La mortalidad en la unidad fue del 3,2%. De los 376 (75%) pacientes que fueron dados de alta a su domicilio habitual, 117 (31,1%) siguieron la rehabilitación en la Unidad de Atención Diurna del propio centro sociosanitario. Un 75% fueron dados de alta a su propio domicilio, un 12,4% reingresaron nuevamente en el hospital de agudos, un 9,4% ingresaron en un centro de larga estancia y un 3,2% fallecieron en la unidad.

Si agrupamos a los pacientes según el diagnóstico principal codificado por la CIE-9-MC, observamos que un 67,5% presentaron fundamentalmente una enfermedad aguda que dejó una secuela física potencialmente recuperable, sobretodo pérdida de fuerza por patología vascular cerebral aguda y trastornos de la marcha por fractura y amputación del miembro inferior. El diagnóstico principal fue de enfermedad cerebrovascular aguda en 201 pacientes (41,5%), fractura de fémur en 76 (15,2%), amputación de la extremidad inferior por enfermedad arterial en 38 (7,6%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica en 19 (3,8%), fracturas múltiples en 16 (3,2%), enfermedades digestivas en 16 (3,2%), neoplasias en 15 (3,2%) y otras causas en 97 (19,3%). Según la clasificación de grupos de diagnóstico propia de la unidad el porcentaje de pacientes con problemas físicos recuperables alcanza el 85,8% (Tabla 2).

Análisis univariante

La edad media de los varones es inferior a la de las mujeres (67,3 ±14,2 y 71,9 ±12,5; p< 0,00001). No hay diferencias significativas en la estancia media en cuanto al sexo (41,4 ±24,8 en los hombres y 45,2 ±30,3 en las mujeres; p 0,2592).

Los pacientes que fallecen o ingresan en una residencia son mayores que los que son dados de alta a su domicilio o reingresan en el hospital (Tabla 3). La estancia media fue significativamente menor en los pacientes que reingresaron o fallecieron (Tabla 3).

Los pacientes con fractura de fémur fueron los que presentaban un edad media más elevada de todos los grupos de diagnóstico, la estancia media fue inferior a 40 días en los pacientes con síndrome de inmovilidad, el 28,8% de los pacientes con síndrome de inmovilidad precisó de reingreso en el hospital de agudos y no hubo ningún fallecido entre los pacientes con enfermedad arterial o con otras fracturas (Tabla 4).

La estancia media del grupo con comorbilidad media fue inferior a la de los grupos con ausencia o mayor comorbilidad (Tabla 5).

De los 21 pacientes con estancia superior a 90 días, 3 de ellos eran mujeres, su estancia fue superior a 170 días y pertenecían al grupo diagnóstico miscelánea.

Capacidad funcional

El Índice de Barthel al ingreso (IBI) fue de 48,6 (±24,5) y al alta de 56,8 (±33). En los pacientes que regresaron a su domicilio o ingresaron en un centro residencial fue de 49,6 (±24,2) y en los

| | IBI | IBA | CAMBIO | TCIB |
|------------------------------|------------|------------|-------------|------------|
| Sexo | | | | |
| Hombres (n=262) | 47,6 ±24,8 | 56,6 ±33,4 | 9 ±27,2 | 0,34 ±1 |
| Mujeres (n=239) | 49,7 ±24,2 | 57,1 ±32,6 | 7,3 ±25,5 | 0,27 ±0,9 |
| Estancia | | | | |
| <=14 días (n=64) | 48,3 ±30,7 | 33,2 ±38,5 | -15,1 ±27,2 | -0,57 ±1 |
| 15-60 días (n=327) | 51 ±23,4 | 61,7 ±31,7 | 10,6 ±25 | 0,40 ±0,9 |
| 61-90 días (n=89) | 42,6 ±21,7 | 58,4 ±26,4 | 15,7 ±21,2 | 0,59 ±0,8 |
| >=91 días (n=21) | 36,9 ±25,6 | 46,6 ±26,7 | 9,7 ±28,4 | 0,36 ±1 |
| Destino | | | | |
| Domicilio (n=376) | 50,6 ±24,2 | 67,8 ±25,5 | 17,2 ±15,7 | 0,65 ±0,5 |
| Hospital (n=62) | 45,3 ±26,8 | 0 # | -34,91±32,6 | -1,32±1,2 |
| Residencia (n=47) | 42 ±23,3 | 49,4 ±27,8 | 7,4 ±15,3 | 0,28 ±0,5 |
| Muerte (n=16) | 34 ±19 | 0 # | -33,75±19,6 | -1,27±0,7 |
| Grupos de edad | | | | |
| <=64 años (n=127) | 53,9 ±28,3 | 65 ±33,6 | 11,1 ±30,9 | 0,42 ±1,1 |
| 65-74 años (n=169) | 46,1 ±23,6 | 56,8 ±31,9 | 10,6 ±24,1 | 0,40 ±0,9 |
| 75-84 años (n=162) | 47,6 ±22,7 | 52,4 ±33,3 | 4,7 ±25 | 0,18 ±0,9 |
| >=85 años (n=43) | 46,6 ±21,2 | 49,8 ±30,1 | 3,2 ±24,3 | 0,12 ±0,9 |
| Grupos de diagnóstico | | | | |
| PVC (n=208) | 38,9 ±23 | 53,9 ±30,5 | 15 ±19,7 | 0,56 ±0,7 |
| Fractura de fémur (n=81) | 54,4 ±16,6 | 62,6 ±30,9 | 8,2 ±26,7 | 0,31 ±1 |
| E.arterial (n=38) | 57,8 ±22,3 | 65,1 ±27,3 | 7,2 ±17,9 | 0,27 ±0,6 |
| S.inmovilidad (n=59) | 51,1 ±26,6 | 46,6 ±38,9 | -4,4 ±36,3 | -0,16 ±1,3 |
| Otras.fracturas (n=44) | 55,4 ±18,7 | 65,7 ±29,8 | 10,3 ±29,4 | 0,39 ±1,1 |
| Miscelanea (n=71) | 59,2 ±29 | 57,5 ±38,4 | -1,7 ±29 | -0,06 ±1,1 |
| Comorbilidad | | | | |
| Ausencia (n=241) | 53,3 ±23,4 | 62,4 ±31,5 | 9,1 ±27 | 0,34 ±1 |
| Baja (n=156) | 48,1 ±25,1 | 54,9 ±34,6 | 6,8 ±26,4 | 0,25 ±1 |
| Alta (n=104) | 38,6 ±23,4 | 46,8 ±31,4 | 8,2 ±25 | 0,31 ±0,9 |

EL IBA en todos los pacientes con destino el hospital o que fallecieron fue 0.

Tabla 6.
Media ±DE del Índice de Barthel al ingreso (IBI), al alta (IBA), del cambio entre el alta y el ingreso (CAMBIO) y del tamaño del cambio (TCIB), según el sexo, la estancia, el destino, la edad, el grupo de diagnóstico y la comorbilidad

pacientes que fallecieron o reingresaron en el hospital de agudos de 43 (±25,7), siendo ésta una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,03$).

Para todo el grupo el efecto de la intervención de la UCR en la capacidad funcional fue pequeño ($0,31 \pm 1$).

En la tabla 6 se muestran la media del Índice de Barthel al ingreso y el alta, el cambio producido y el impacto de dicho cambio para todos los grupos analizados.

El IBI es significativamente inferior en los pacientes que fallecen en la unidad. La mejoría de la capacidad funcional fue más importante en los pacientes de menos de 75 años y la capacidad funcional mejoró más en los pacientes con patología vascular cerebral.

Discusión

Las características generales de los pacientes de nuestro estudio con los de otras UCR son simila-

res, aunque queremos resaltar algunas pequeñas diferencias. En cuanto al sexo, suele ser mayor el porcentaje de mujeres en los estudios de este tipo de unidades⁴. En el nuestro es del 47,7%, es decir, ligeramente inferior al de hombres. También es ligeramente inferior la edad media, casi 70 años, mientras en el de Sabartés *et al.* es de 74,9 años y en el de Salvá *et al.* de 77,3 años. El 25,3% de los pacientes de nuestro estudio tiene menos de 65 años. La edad media fue también significativamente más elevada en los pacientes con fractura de fémur. La prevalencia de osteoporosis y el riesgo de caídas asociados a la edad son factores ya conocidos en clara relación con esta patología.

La estancia media recomendada para este tipo de unidades es de uno a dos meses. La estancia de 43,2 días es por tanto adecuada. Destaca en nuestra serie el grupo de pacientes con estancia inferior a dos semanas, cuyo destino mayoritario fue el retorno al hospital o la defunción (51,6%). Se trataría de pacientes con estado de salud precario y alto riesgo de reagudización. Se han detectado di-

ferencias entre los grupos diagnósticos, con una estancia media de 35,7 días para el grupo con síndrome de inmovilidad, siendo superior a 42 días en el resto de grupos. Sin embargo, si lo analizamos a través de los grupos de estancia, vemos que el mayor porcentaje de pacientes con estancias de menos de 15 días corresponde al grupo miscelánea, y en el grupo con síndrome de inmovilidad el 67,8% de pacientes tuvo una estancia de 15 a 60 días. Estas diferencias se pueden explicar por el impacto, en el grupo miscelánea de los valores extremos de estancia, puesto que a este grupo corresponden los pacientes que tuvieron estancias de 267, 179 y 171 días. Si no tenemos en cuenta estos tres casos, la estancia media del grupo miscelánea baja a 34,2 días.

La gran mayoría de pacientes proceden del hospital de agudos de referencia de la unidad y destaca el muy bajo número de pacientes que ingresan directamente del domicilio. En el estudio de Salvá *et al.*, el 8,5% proceden de la Asistencia Primaria y en todos los casos con la intermediación del Programa de Atención Domiciliaria. La falta de este programa en el área de influencia de la UCR puede ser una explicación en nuestro caso. Posiblemente la sobreutilización del hospital de agudos por parte de la población sea otra.

Respecto al destino al alta llama la atención dos aspectos. Por una parte el elevado porcentaje de pacientes que pueden regresar a su domicilio, y por otra el escaso número de defunciones. Una de las principales razones de ello estriba en que los pacientes procedentes del hospital, que son la mayoría, ingresan siempre previa valoración y selección por parte de la Unidad Funcional Interdisciplinar Sociosanitaria (UFISS), que pertenece al hospital de agudos y está formada por un médico y una enfermera y la colaboración de la Unidad de Trabajo Social, todos con experiencia en la atención sociosanitaria. La UFISS optimiza por tanto los criterios de inclusión para el ingreso en una UCR, función ésta fundamental de su actividad¹⁷. El aspecto contrario, el bajo número de defunciones, podría tener una clara relación con la ubicación de la UCR dentro de toda la organización hospitalaria, que hace, por ejemplo, que disponga del mismo médico de guardia que las plantas de hospitalización de agudos, lo que facilita el traslado en caso de empeoramiento. Probablemente algunos de estos pacientes fallezcan en las siguientes 24 horas en las áreas de urgencia del hospital de agudos entrando así a ser contabilizados en las estadísticas de mortalidad del hospital y no en las de la UCR. En los estudios de Sabartés *et al.* y Salvá *et*

al. el porcentaje de pacientes que regresan al domicilio es inferior al 60% y las muertes representan el 10% de los ingresos. Hay que señalar también que de los pacientes que deben reingresar al hospital de agudos (n=62), casi una tercera parte pertenece al grupo con síndrome de inmovilidad. En este sentido ya es conocido el elevado riesgo de complicaciones cardiovasculares, respiratorias, musculoesqueléticas, digestivas, cutáneas, urinarias y psicológicas que pueden aparecer en estos pacientes, y sobre los que es fundamental implantar medidas preventivas¹⁸.

Los grupos diagnósticos que son atendidos en la UCR son los habituales que se describen en dichas unidades, y también los que aparecen con mayor frecuencia en la población geriátrica. Predominan las enfermedades cerebrovasculares (isquemias cerebrales agudas y hemorragias intracerebrales) y osteoarticulares (fractura de fémur en las personas de avanzada edad y predominantemente otro tipo de fracturas en los pacientes más jóvenes. Es de destacar los grupos de diagnóstico con síndrome de inmovilidad y miscelánea, pues incluyen una gran variedad de patologías, cuyo análisis pormenorizado no se ha realizado y son los grupos en los que menor respuesta sobre la capacidad funcional se ha obtenido. Es probablemente esta gran heterogeneidad en la enfermedad aguda o crónica reagudizada que motivaron la secuela que precisó rehabilitación la que ha influido sobremanera en esta pobre respuesta a la intervención de la UCR.

La capacidad funcional es una de las que más se afectan en las personas mayores debido a la pérdida fisiológica de los mecanismos de adaptación y recuperación física. De todos modos, ello no excluye que la rehabilitación activa o por lo menos los ejercicios de mantenimiento están totalmente indicados en la población geriátrica¹⁹. En nuestro estudio, como en los de Salvá *et al.*, Sabartés *et al.* y Valderrama *et al.* la capacidad funcional mejoró globalmente aunque con un efecto pequeño para el conjunto de la muestra. La capacidad funcional al ingreso fue mejor en el grupo de pacientes sin comorbilidad pero, al igual que en cuanto a sexo, el cambio y el impacto de éste fue similar en todos los pacientes, cualquiera que fuera su grado de comorbilidad. Es de destacar que este impacto fue moderado en los pacientes que ingresaron tras un episodio agudo vascular cerebral o bien una fractura, dos patologías muy frecuentes y que dejan importantes secuelas. La edad inferior a 75 años se ha mostrado asimismo como un factor a tener en cuenta a la hora de prever una mejor recuperación física.

Hay que señalar que el estado mental²⁰ y los factores que definen el entorno sociofamiliar²¹ son condiciones fundamentales en el pronóstico de rehabilitación y readaptación en pacientes ancianos cuando han sufrido una pérdida funcional tras una enfermedad aguda. La falta de datos que reflejara estas variables impidió que pudieran estudiarse en este proyecto.

Como conclusión final podemos decir la capacidad funcional mejora durante la estancia en una UCR sin relación con el sexo, pero menos en los pacientes más viejos o en los que presenten síndrome de inmovilidad.

Bibliografía

1. Valderrama E, Baztán JJ, Pérez del Molino J. Eficiencia de la mejoría funcional obtenida en una unidad de medias estancia o convalecencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1997;32:139-43.
2. San José A, Michel JP. Modelo interdisciplinario y equipos multidisciplinares en la atención geriátrica. *Med Clin (Barc)* 1993;101:455-56.
3. Sabartés O, Miralles R, García-Palleiro P, Esperanza A, de Vicente I, Muniesa JM, Vernhes MT, Cervera AM. Análisis descriptivo y factores pronósticos de un grupo de pacientes ancianos ingresados en una unidad de convalecencia geriátrica. *Rev Gerontol* 1995;5:160-5.
4. Salvá A, Aloy J, Castro D, Faustino A, Fábregas N, Petit TM *et al*. La evaluación geriátrica en una unidad de convalecencia. Análisis descriptivo de la actividad de un año. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1996;31:205-10.
5. Diestre G, Vilarmau MT. Actividad asistencial de una unidad de convalecencia y rehabilitación. Análisis de 203 pacientes. *Rev Gerontol* 1995;5:361-6.
6. Indredavik B, Bakke F, Solberg R, Rokseth R, Haaheim LL, Holme I. Benefit of a stroke unit: a randomized controlled trial. *Stroke* 1991;22:1026-31.
7. Valderrama E, Baztán JJ, Molpeceres J, Perez J, Fernández MM, Isach M. Evaluación de la mejoría funcional y la estancia en una unidad de rehabilitación geriátrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1997;31:200-6.
8. Kennie D, Reid J, Richardson I, Kiamari A, Kelt C. Effectiveness of geriatric rehabilitative care after fractures of the proximal femur in elderly women: a randomised clinical trial. *BMJ* 1988;297:1083-6.
9. Kalra L, Dale P, Crome P. Improving stroke rehabilitation. A controlled study. *Stroke* 1993;24:1462-67.
10. Gilchrist W, Newman R, Hamblen D, Williams B. Prospective randomised study of an orthopaedic geriatric inpatient service. *BMJ* 1988;297:1116-8.
11. Berkman L, Leo-Summers, Horwitz R. Emotional support and survival after myocardial infarction. A prospective, population-based study of the elderly. *Ann Intern Med* 1992;117:1003-9.
12. Lobo A, Ezquerro J, Escobar V, Sala JM, Seva A. El mini examen cognoscitivo: Un test simple y práctico para detectar defectos cognitivos. *Comunicación psiquiátrica* 1979;3:73-93.
13. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: Barthel index. *Med State Med J* 1965;14:61-5.
14. Baztán JJ, Pérez del Molino, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitia J. Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1993;28:32-40.
15. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Academic Press; 1977:127.
16. Van Bennekom C, Jelles F, Lankhorst GJ, Bouter LM. Responsiveness of the rehabilitation activities profile and the Barthel Index. *J Clin Epidemiol* 1996;49:3944.
17. San José A, Vilardell M. Unidades funcionales interdisciplinares de geriatría en los hospitales generales. Funcionamiento y análisis de su efectividad. *Med Clin (Barc)* 1996;106:336-43.
18. Sanchez P. Complicaciones secundarias de la inmovilidad en el anciano. *Rev Gerontol* 1995;5:337-44.
19. Carbonell A. La fase de los cuidados rehabilitadores. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1994;29:17-22.
20. Van der Sluijs JA y Walenkamp G. How predictable is rehabilitation after hip fracture? A prospective study of 134 patients. *Acta Orthop Scand* 1991;62:567-72.
21. Glass *et al*. Impact of social support on outcome in first stroke. *Stroke* 1993;24:64-70.

V JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN EN PSICOGERIATRÍA

Martorell (Barcelona) - 9 y 10 de mayo, 2000

Organiza

Serveis de Salut Mental - Sagrat Cor - Martorell

Información e inscripciones

Suport Servicios - Calvet, 30 - 08021 Barcelona

Tel.: 932 017 571 - Fax: 932 019 789 - E-mail: suport@deinfo.es