

Unidades de Convalecencia

Pau Sánchez Ferrín

Hospital Sociosanitari de L'Hospitalet

Correspondencia:

Hospital Sociosanitari de L'Hospitalet

Av. Josep Molins 29-41 08906 L'Hospitalet de Llobregat

Resumen

Las unidades geriátricas de convalecencia tienen como objetivo la recuperación de funciones perdidas por una enfermedad. La eficacia de estas unidades y la necesidad de plazas hospitalarias son factores que han contribuido a que los pacientes ingresados sean cada vez más complejos. La atención subaguda podrá realizarse con una mayor dotación de personal y una revisión del sistema de financiación.

Palabras clave: Convalecencia. Anciano. Valoración geriátrica. Atención subaguda.

Summary

The convalescent care geriatric units have as an objective the recovery of the lost functions caused by a disease. The efficiency of these units and the need of hospital beds are factors which have contributed to the fact that patients will be every time more complex. The subacute care will be able to be accomplished with a greater endowment of personnel and a review of the financing system.

Key words: Convalescence. Elderly. Geriatric assessment. subacute care.

Definición y objetivo

Las unidades de media estancia (UME) reciben distintas denominaciones, en Cataluña se conocen como unidades de convalecencia, en los EEUU y países anglosajones como "Geriatric Assessment Units" o "Geriatric Rehabilitation Units" y en Francia "Moyen Séjour". También pueden nombrarse haciendo referencia a cuidados intermedios, subagudos o unidades de transición¹. El nombre de "convalecencia" no debe de conducir a pensar que los cuidados a dar en estas unidades únicamente serán los básicos de alimentación e higiene; con esta intención se crearon diversos centros llamados de convalecencia en los siglos XVIII y XIX². La recuperación funcional va a ser la orientación principal de estas unidades.

Es importante recordar la contribución a la Geriátrica de Marjory Warren que en la década de los años 40 demostró como se podían revertir algunas situaciones de discapacidad mediante la valoración geriátrica y una rehabilitación integral. Esta labor la desarrolló en el West Middlesex Hospital, dedicado a la atención de pacientes ancianos crónicos y discapacitados³. El trabajo de esta pionera de la Geriátrica se desarrolló en el ámbito de la atención de larga estancia, con pacientes que tenían pérdida funcional potencialmente reversible, basándose en el trabajo en equipo multidisciplinar, la realización de planes terapéuticos individualizados y obteniendo como resultado mejoras funcionales con retorno de un porcentaje importante de pacientes a su domicilio.

El INSALUD define las UME como aquel nivel asistencial geriátrico hospitalario destinado a restablecer aquellas funciones, actividades o secuelas alteradas como resultado de diferentes procesos previos (médicos, quirúrgicos o traumatológicos)⁴. En Cataluña el Departament de Sanitat de la Generalitat las define como unidades destinadas a personas que presentan un enfermedad de base o se encuentran en fase de recuperación de un proceso agudo y que tienen una pérdida de autonomía potencialmente recuperable⁵.

Las UME son un nivel asistencial sanitario totalmente necesario en la continuidad asistencial de los ancianos con enfermedades discapacitantes. Su objetivo principal será la recuperación de la independencia funcional.

Eficacia

Hay experiencias publicadas de diversas UME en nuestro país que hacen referencia a la mejoría funcional y otros resultados conseguidos⁶⁻¹¹. Existen diferencias entre las diferentes unidades en cuanto a la estancia media, la ganancia funcional, los diagnósticos principales de los pacientes ingresados y en las derivaciones al alta. Por el contrario, la edad media de los pacientes ingresados es muy parecida en todas las unidades (Tabla 1).

Tabla 1. Datos descriptivos de unidades de convalecencia

	Sabartes et al ⁶ C.Geriàtric IMAS Barcelona	Salvà et al ⁷ C.Geriàtric Cabanelles Mataró (Barcelona)	Soria et al ⁸ C. L'Aliança Barcelona	Diestre et al ⁹ H. de Sabadell Sabadell (Barcelona)	Baztán et al ¹⁰ H. Central Cruz Roja Madrid	Fontecha et al ¹¹ H. Sociosanitari de L'Hospitalet L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)
Pacientes	139	130	453	501	459	754
Varones / Mujeres (%)	42,4 / 57,6%	36,1 / 63,9%	30,7 / 69,3%	52,3 / 47,7%	35,1 / 64,9%	41,5 / 58,5%
Edad media (años)	74,9	77,3	77,7	69,5	80,5	76,9
Estancia media (días)	73,2	38,6	45,6	43,2	24,9	37,8
Barthel ingreso	43,9	-	47,9	48,6	-	-
Barthel alta	53,5	-	65,3	56,8	-	-
Ganancia funcional	9,6	-	17,4	8,2	29,7	21,9
Alta:						
Domicilio	47,4%	55,4%	66,8%	75%	-	69,3%
Larga estancia	31,6%	9,2%	-	9,4%	-	11%
Residencia	-	11,5%	14,3%	-	-	7,2%
Exitus	10%	10%	0,3%	3,2%	-	2,9%
Hospital agudos	-	-	15,7%	12,4%	-	6,5%
Diagnóstico principal:						
AVC	35,2%	12,3%	25,8%	41,4%	48,4%	24,1%
Fractura fémur	23%	21,5%	28,7%	16,2%	-	20,2%
Amputación EEII	-	-	3,8%	-	-	-
Patología respiratoria	7,1%	10,7%	-	-	-	4,2%
Inmovilidad	-	-	-	11,8%	23,5%	-

La heterogeneidad encontrada entre las unidades es una realidad que debemos considerarla como secundaria a la existencia de diferentes criterios de ingreso, la proximidad de los hospitales de agudos, la disponibilidad de recursos de larga estancia o la dotación de personal.

A pesar de las diferencias entre las distintas UME, en general los resultados obtenidos son semejantes a las experiencias de otros países¹²⁻¹³. Estos beneficios hacen referencia principalmente a recuperación funcional, mortalidad y disminución de la institucionalización.

Con la posibilidad de ingresos en las unidades de convalecencia, los hospitales de agudos pueden disminuir sus estancias al derivar pacientes ancianos, además de comprobar como se obtienen ganancias funcionales importantes.

Las necesidades actuales de disminución de las estancias hospitalarias junto a los buenos resultados de las unidades de convalecencia han sido factores que han desencadenado una mayor presión para derivar pacientes en situación subaguda. El entorno de las UME puede favorecer la realización de valoraciones geriátricas más intensas con intervenciones más prolongadas que en los hospitales de agudos, pero la mayor complejidad de los pacientes que se quieren derivar solo podrán ser atendidos con una mayor dotación de

personal, lo que va a necesitar una profunda revisión del sistema de financiación.

Futuro

Las unidades de convalecencia son un recurso sanitario orientado a la recuperación funcional de los ancianos enfermos. Permite la realización de valoraciones geriátricas en pacientes en que este instrumento no se ha podido aplicar en toda su intensidad en las unidades de agudos. Las principales patologías atendidas son pacientes ortogeriátricos y con enfermedad vascular cerebral, destacando la importancia que pueden adquirir en la rehabilitación ortogeriátrica y en el trabajo coordinado con unidades de ictus como recurso especializado para los pacientes geriátricos.

Las necesidades sanitarias de las personas ancianas pasan por el crecimiento del recurso de la media estancia geriátrica. Estas unidades han de trabajar coordinadamente con los hospitales de agudos y aumentar la dotación de personal, en la mayoría de casos insuficiente, para poder atender a una necesidad, los pacientes subagudos. También se ha de conseguir mejorar la coordinación con Atención Primaria y los equipos que proporcionan atención do-

miciliaria para asegurar la continuidad asistencial de los ancianos con enfermedad.

Bibliografía

1. Ávila R, Vázquez E, Baztán JJ. Unidades de media estancia geriátricas: perspectiva histórica, parámetros de funcionamiento y dilemas actuales. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2000;35(S6):3-14.
2. Perlado F. Unidades de convalecencia. *Rev Gerontol* 1995;5:333-334.
3. Matthews DA. Dr. Marjory Warren and the origin of British geriatrics. *J Am Geriatr Soc* 1984;32(4):253-8.
4. Insalud. Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores. Madrid: *Insalud*;1996.
5. Decreto 242/1999 de 31 de agosto, por el que se crea la red de centros, servicios y establecimientos sociosanitarios de utilización pública de Cataluña. DOGC nº 2973 de 13/9/1999.
6. 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;5:160-65.
7. 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(4):205-10.
8. Soria X, AISA LI, Lozano A, Suesa T, Sánchez P. Descripción de la actividad asistencial de una unidad de convalecencia. *Rev Mult Gerontol* 1998;8:229-33.
9. Diestre G, Vilarnau MT. Evaluación de la capacidad funcional y características de los pacientes ingresados en la Unidad de Convalecencia y Rehabilitación. *Rev Mult Gerontol* 2000;10(1):26-32.
10. Baztán JJ, Doménech JR, González M, Forcano S, Morales C, Ruipérez I. Ganancia funcional y estancia hospitalaria en la unidad geriátrica de media estancia del Hospital Central de Cruz Roja de Madrid. *Rev Esp Salud Pública* 2004;78:355-66.
11. Fontecha B, Sánchez P. Unidades geriátricas de media estancia o convalecencia. *Año Gerontológico* 2004;18:61-75.
12. Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, English PA, Sayre JA, Kane RL. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. *N.Engl.J.Med* 1984;311:1664-70.
13. Applegate WB, Miller ST, Graney MJ, Elam JT, Burns R, Akins DE. A randomized, controlled trial of a geriatric assessment unit in a community rehabilitation hospital. *N Engl J Med* 1990;322:1572-1578.