

**TÍTOL: Mejoría de la calidad de vida en pacientes
ancianos tras un programa de intervención en un
Hospital de Día de Geriatria (HDG)**

**TREBALL DE RECERCA PRESENTAT A LA CONVOCATORIA DE
SEPTEMBRE 2011 DEPARTAMENT DE MEDICINA, UNIVERSITAT
AUTONOMA DE BARCELONA**

AUTOR: Elisabet de Jaime Gil

DIRECTOR: Ramon Miralles Basseda

ÍNDICE

1.RESUMEN.....	Pág. 3
2.INTRODUCCIÓN.....	Pág. 4-5
3.MATERIAL Y MÉTODO.....	Pág. 6-8
4.RESULTADOS.....	Pág. 9-10
5.DISCUSIÓN.....	Pág.11-14
6.CONCLUSIONES.....	Pág. 15
7.BIBLIOGRAFÍA.....	Pág.16-18
8.ANEXOS.....	Pág.19-23

RESUMEN

Objetivo: analizar si un programa de intervención en un HDG puede mejorar la calidad de vida (CV) en los pacientes ancianos utilizando el Nottingham Health Profile (NHP).

Método: estudio longitudinal que incluyó los pacientes que fueron admitidos y dados de alta del HDG entre Enero de 2007- Diciembre 2009 y que asistieron un mínimo de 7 sesiones. Se administró el NHP al inicio y al alta. Se excluyeron aquellos pacientes con deterioro cognitivo severo, afasia o falta de colaboración. Del NHP se analizó el total y por dimensiones (dolor, emoción, movilidad física, sueño, energía, aislamiento social). En el NHP, a mayor puntuación se considera peor CV.

Resultados: de un total de 183 pacientes, se excluyeron 21 (11,4%) y en 52 (28,4%) no se pudo registrar NHP al alta, quedando finalmente 110. Al analizar las puntuaciones del NHP al inicio y al alta, se observó un descenso general en todas ellas, siendo estadísticamente significativo en movilidad física ($49,5 \pm 31,1$ versus $39,8 \pm 28,5$, $p=0,002$) y emoción ($36,4 \pm 29,1$ versus $29,4 \pm 25,7$, $p=0,04$), así como en la puntuación global ($36,3 \pm 22,7$ versus alta: $31,3 \pm 20,8$, $p=0,04$). Al diferenciar por sexo, las mujeres ($n=58$) presentaban mejoría en movilidad física ($48,7 \pm 32,9$ versus $37,2 \pm 27,1$, $p=0,008$) y emoción ($44,5 \pm 29,8$ versus $33,3 \pm 25,8$, $p=0,02$) y los hombres presentaban mejoría en el dolor ($25,7 \pm 23,7$ versus $16,7 \pm 18,8$, $p=0,03$).

Conclusiones: el ingreso en un HDG mejora la CV de los pacientes, especialmente en movilidad física y emoción. En las mujeres se mantuvo la mejoría en estas dos dimensiones, mientras que entre los hombres sólo la mejoría del dolor fue estadísticamente significativa.

INTRODUCCIÓN

La calidad de vida (CV), según el Grupo WHO-QOL, es la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en el que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, preocupaciones y normas. Es un concepto amplio, que incorpora de forma compleja el estado físico de la persona, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, el ambiente y las creencias personales⁽¹⁾. En los últimos años se ha desarrollado el término CV relacionada con la salud, para describir aquellos aspectos de la CV que empeoran con la presencia de determinadas enfermedades. Este concepto permite evaluar la eficacia que tienen diferentes intervenciones y/o tratamientos sobre la CV^(1,2). Por otra parte, se ha de tener en cuenta que en la persona anciana, no es la comorbilidad en sí misma la que determina la CV, sino el modo en como dicha comorbilidad afecta a la capacidad de vivir de forma independiente. Por lo tanto, la capacidad funcional en el caso de los ancianos es el componente más importante que determina en muchos casos la CV⁽³⁾. La evaluación de la calidad de vida debe basarse en la percepción del individuo, de manera que son los mismos pacientes los que evalúan el impacto que una determinada intervención o tratamiento tiene sobre su propia calidad de vida.

Los Hospitales de día de geriatría (HDG) ofrecen programas de intervenciones interdisciplinares centrados en la rehabilitación a pacientes ambulatorios y actúan como puente entre el entorno hospitalario y la comunidad⁽⁴⁾. En una revisión de estudios controlados de Cochrane Collaboration⁽⁵⁾, se demuestra que los programas de intervención en los HDG son eficaces para reducir la mortalidad, el riesgo de institucionalización, los días de hospitalización y presencia de discapacidad grave. Sin embargo, cuando dicha eficacia se comparaba con otras formas específicas de intervención geriátrica (intervención en pacientes ingresados, rehabilitación domiciliaria), los resultados eran prácticamente similares, aunque existía una ligera tendencia a favor de los HDG en cuanto a reducción del uso de camas hospitalarias y riesgo de institucionalización. Al realizar estudios de costes, se evidenciaba que los HDG realizan una asistencia más costosa respecto los servicios alternativos (rehabilitación domiciliaria, intervención geriátrica en pacientes ingresados). Estos datos pueden cuestionar la necesidad de implantar HDG si en el área próxima ya existen otros recursos de atención geriátrica. Cabe destacar que esta revisión se centraba

en HDG que realizaban principalmente rehabilitación, excluyendo aquellos donde se realizaba tratamiento específico a pacientes con demencia, por lo que estos resultados no pueden ser extensibles a todos los HDG. Por otra parte, al analizar los objetivos secundarios sobre si el HDG ayudaba a mejorar la percepción subjetiva del estado de salud, los autores concluyeron que los datos eran incompletos y no se hallaron claras diferencias (pocos estudios incluían escalas de calidad de vida)⁽⁵⁾. Posteriormente a la publicación de la revisión Cochrane, se han publicado dos estudios sobre la eficacia de los HDG en comparación con la rehabilitación domiciliaria y que analizan también calidad de vida con resultados diferentes. Crotty et al ⁽⁶⁾ recogieron la calidad de vida del paciente mediante el Short-Form 36 y no observaron diferencias en calidad de vida en ninguno de los dos grupos. En cambio, Parker et al ⁽⁷⁾, utilizando el EuroQol 5 dimensions, observaron una mejora en calidad de vida en el grupo de HDG a los 3 meses de seguimiento. Estos resultados continúan siendo controvertidos respecto la eficacia de los HDG para modificar la calidad de vida de los pacientes.

También hay que destacar que las escalas que habitualmente se utilizan en la valoración geriátrica, pueden ser poco sensibles para detectar los cambios observados en los pacientes que acuden a un HDG ^(4,5). Intervenciones tan frecuentes en HDG como la estimulación cognitiva, la educación sanitaria, las curas de enfermería de úlceras complejas, la reeducación del equilibrio y la valoración de ayudas técnicas para la marcha, pueden mejorar significativamente al paciente, sin que se refleje en las escalas de funcionalidad clásicas como el índice de Barthel ⁽⁸⁾ o el índice de Lawton ^(9,10). Por este motivo, es importante introducir instrumentos que tengan en consideración la situación afectiva y grado de satisfacción de los pacientes y/o cuidadores. Por otra parte, cualquier programa de rehabilitación, debería valorar si el paciente considera que está mejor o peor en relación al inicio. ⁽⁶⁾

El objetivo del presente estudio fue analizar si el inicio de un programa de intervención en un HDG puede mejorar la percepción de salud y calidad de vida en los pacientes ancianos.

MATERIAL Y MÉTODO

Se incluyeron en el estudio todos los pacientes que acudieron a un HDG y que fueron incluidos en un programa de valoración e intervención geriátrica interdisciplinar (mínimo 7 sesiones) y que posteriormente fueron dados de alta entre enero del 2007 y diciembre del 2009. Aquellos pacientes con deterioro cognitivo severo (Minimental de Folstein ⁽¹¹⁾ inferior a 10 puntos) y aquellos en los que no pudo practicarse la valoración cognitiva (afasia, falta de colaboración, déficits sensoriales graves) fueron excluidos del estudio.

El HDG del Instituto de Geriátrica del Parc de Salut Mar está ubicado en el Centro Fórum del Hospital del Mar en la ciudad de Barcelona. Dispone de 35 plazas. El equipo está formado por médico especialista en geriatría, enfermería especializada, trabajadora social, auxiliares de enfermería, neuropsicóloga, fisioterapeutas y terapeuta ocupacional. Los pacientes procedían de su domicilio (a través de atención primaria), o bien tras ser dados de alta de otros servicios hospitalarios (hospital de agudos) o bien de otras unidades geriátricas específicas (media estancia, etc.). A todos los pacientes se les realizó, previa al ingreso, una valoración geriátrica multidisciplinar (médico, enfermera, trabajadora social). El principal objetivo del ingreso en el HDG, dependiendo de las necesidades de cada paciente, era la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional después de un programa específico de rehabilitación y/o un programa de estimulación cognitiva. La estimulación cognitiva consistía en terapia individual, trabajo en grupo con diferentes actividades y psicomotricidad. Si el paciente ingresaba para realizar un programa de recuperación funcional normalmente realizaba entre una ó dos horas de fisioterapia/terapia ocupacional, una hora de actividades individualizadas y dos horas de intervención por parte de enfermería/auxiliar de enfermería (reeducación de esfínteres, manejo WC, curas de úlceras, educación sanitaria, manejo de cubiertos...). En todos los pacientes se realizaba valoración e intervención médica y social individualizada durante el ingreso. Se realizaban reuniones multidisciplinarias del equipo (médico, enfermería, trabajadora social) con familiares referentes de forma regular (y seguimiento telefónico si era necesario). Se realizaban sesiones interdisciplinares semanales con todos los miembros del equipo en donde se revisaba cada paciente, definiendo los objetivos de trabajo y los planes de intervención individualizados.

Para la evaluación de la CV se utilizó el Nottingham Health Profile (NHP). El NHP es un cuestionario desarrollado originalmente en Gran Bretaña y posteriormente se hizo extensivo su uso en varios países Europeos. Es un instrumento genérico para la medida del sufrimiento físico, psicológico y social relacionado con problemas médicos, sociales y emocionales. ⁽¹²⁾ El NHP consta de 38 ítems pertenecientes a seis dimensiones de la salud: Energía, Dolor, Movilidad física, Reacciones emocionales, Sueño y Aislamiento social. Los individuos contestan “Sí/No” en función de si identifican el ítem con su estado de salud actual. ⁽¹³⁾ La puntuación del NHP se obtiene al sumar las respuestas afirmativas en cada dimensión del cuestionario y se expresa este número como un porcentaje donde “0” refleja que el individuo desde su punto de vista presenta el mejor estado de salud posible y “100”, el peor. En el presente estudio se utilizó una versión validada en castellano y para población catalana. ⁽¹⁴⁾

El NHP fue completado por el paciente en el momento del inicio del programa en HDG y en el momento del alta. Una auxiliar de enfermería debidamente entrenada ayudaba al paciente durante la administración del cuestionario por si existía alguna dificultad. ⁽¹²⁾

Se recogieron como variables basales al ingreso y en el momento del alta: datos socio demográficos: edad, sexo, motivo de ingreso, procedencia, núcleo familiar; datos funcionales: índice de Barthel ⁽⁸⁾, índice de Lawton ⁽⁹⁾, test Timed Up and go ⁽¹⁵⁾, test de la marcha de Tinetti ;⁽¹⁶⁾ índice de comorbilidad de Charlson ⁽¹⁷⁾ y función cognitiva evaluada mediante el Mini-Mental State Examination of Folstein (MMSE) ⁽¹¹⁾ y escala de depresión geriátrica GDS de Yesavage versión abreviada y validada en español ⁽¹⁸⁾; también se registró la presencia o ausencia de determinados síndromes geriátricos mediante entrevista con el paciente y/o familia (caídas, estreñimiento, depresión, demencia, polifarmacia, incontinencia urinaria, desnutrición) y la escala de Norton ⁽¹⁹⁾.

Análisis estadístico

Para la descripción de las variables categóricas se utilizó frecuencias y porcentajes, y las variables cuantitativas se describieron como media y desviación estándar. Para comparar si existía relación entre las variables categóricas entre grupos de pacientes se utilizó el test de Chi al cuadrado o el test exacto de Fisher, según condiciones de aplicación. Para comparar si existía evolución significativa entre las

puntuaciones de las distintas dimensiones del NHP se utilizó el test T para muestras relacionadas. En todos los casos se consideró como estadísticamente significativos valores de p inferiores a 0,05. Los análisis se realizaron mediante SPSS 15.0 (SPSS Inc, Chicago, IL). Se realizó categorización estándar del tamaño del efecto para entender la magnitud o la importancia clínica de los cambios en las puntuaciones del NHP, especialmente en aquellas dimensiones donde los cambios fueron estadísticamente significativos. El tamaño del efecto fue calculado como la diferencia de medias (antes y después de la intervención en HDG) dividida por la desviación estándar. Las guías define que un tamaño del efecto de 0,2 puede considerarse como pequeño, 0,5 como moderado y 0,8 como grande. ^(20,21)

RESULTADOS

De los 183 pacientes admitidos en HDG durante el periodo del estudio, 21 fueron excluidos (11,4%). Cincuenta y dos pacientes no finalizaron el programa de intervención en HDG o bien no se pudo recoger la evaluación final en el momento del alta (Figura 1). El tamaño de la muestra final para el análisis fue de 110 pacientes. En la Tabla 1, se muestran las características de los 52 pacientes que no pudieron finalizar el programa de intervención, o bien no pudo registrarse la valoración final del NHP (pérdidas durante el estudio). En dicha tabla se compara con la muestra total de pacientes analizados, observándose que no habían diferencias significativas en la mayoría de las características de ambos grupos de pacientes, excepto que en el caso del grupo de pacientes perdidos para el análisis final, la edad fue mayor y su percepción subjetiva de movilidad física en el momento del ingreso fue mejor.

En cuanto a la procedencia de los pacientes, hubo 47 (42,7%) que acudían derivados desde atención primaria; 31 (28,1%) de la unidad de convalecencia; 21 (19,1%) de consultas externas y 11 (10%) de otros servicios hospitalarios. En el momento en que fueron admitidos en HDG, el 83,6% (92) vivían con familia, 12,7% (14) vivían solos, 2,7% (3) vivían solos y recibían ayuda de trabajador familiar y 0,9% (1) vivía en residencia.

Los diagnósticos principales al ingreso en HDG fueron: 51 pacientes demencia (46,3%), 23 pacientes ictus (38,9%), 16 fractura (27,1%), 8 artrosis (13,5%), 7 enfermedad de Parkinson (11,9%), y 5 otros motivos (8,4%).

En la Tabla 2 se puede observar las diferentes variables en el momento del inicio del programa y al alta.

La capacidad para realizar actividades de la vida diaria de forma autónoma y la función cognitiva mejoraron tras la intervención en el HDG (aumento significativo en el índice de Barthel y en las puntuaciones del MMSE). Puntuaciones más altas en el test de marcha de Tinetti y puntuaciones más bajas en el Timed Up&Go al alta fueron indicativas de una mejora en equilibrio y marcha. Además, un aumento en la escala de Norton indica de forma global mejor movilidad. Finalmente, la puntuación

del GDS de Yesavage disminuyó significativamente, indicando una menor prevalencia de síntomas depresivos al alta. También se observó al finalizar el programa de intervención en el HDG, una menor prevalencia de algunos síndromes geriátricos (caídas, depresión, desnutrición y estreñimiento).

Al analizar las puntuaciones del NHP al inicio y al alta, en general se observó un descenso general en todas las puntuaciones, siendo estadísticamente significativas en la dimensión de movilidad física ($p = 0,002$) y emoción ($p = 0,04$), así como en la puntuación global del NHP ($p = 0,04$) (ver Tabla 2). Cuando se analizó las puntuaciones según el sexo de los pacientes, se observó que las mujeres ($n = 58$) presentaban al alta puntuaciones inferiores respecto al inicio, siendo estadísticamente significativas en movilidad física ($p = 0,008$) y emoción ($p = 0,02$). En los hombres ($n=52$), también se obtuvo disminución generalizada en las puntuaciones siendo estadísticamente significativa en la dimensión del dolor ($p=0,03$) (ver Figura 2 y 3).

DISCUSIÓN

Al analizar los resultados del presente estudio, se puede observar que el programa de intervención en el HDG tiene un efecto positivo en el estado de salud de los pacientes, mejorando diferentes parámetros de evaluación geriátrica. La mejoría en la auto percepción de salud, particularmente en determinadas dimensiones del NHP, implicando una mejora en la calidad de vida de los pacientes, también es significativa. Existen pocos estudios que evalúen datos similares. Parker et al ⁽⁷⁾, en un ensayo randomizado y controlado, comparó la eficacia de un programa de rehabilitación entre dos grupos paralelos de pacientes ancianos: un grupo realizó un programa de rehabilitación domiciliaria y el otro un programa de rehabilitación en un hospital de día. Los autores mostraron que el programa de rehabilitación era igual de efectivo en ambos grupos en cuanto a la mejora funcional. Sin embargo, el grupo de hospital de día mostró significativamente mejor CV, evaluada con el instrumento EuroQOL 5 dimensiones. Aunque los autores reconocían las limitaciones del estudio (pequeño tamaño de la muestra, importantes pérdidas en seguimiento), estos resultados pueden sugerir que un programa de rehabilitación en HDG, donde el paciente está más horas al día en contacto con el equipo interdisciplinar, puede tener mayor impacto en la calidad de vida. El objetivo de nuestro estudio no era comparar la eficacia de nuestro programa de rehabilitación como realizaron Parker et al, si no comparar la percepción de calidad de vida de los pacientes antes y después de seguir el programa. Aunque el diseño del presente estudio no era el ideal para demostrar causalidad, el hecho de que la mejora de la calidad de vida ocurriese en paralelo con la mejora de otros parámetros clínicos, razonablemente sugiere que la mejora de la CV podía estar relacionada con la intervención.

En el estudio actual, se registró mejoría en todas las dimensiones de calidad de vida en el momento del alta, siendo significativas en la percepción de movilidad física y emoción. La dimensión de movilidad física resultó concordante con la mejora registrada en la puntuación global del índice de Barthel, así como en el Timed Get up and go y el Tinetti total. Por otra parte, la mejora en la dimensión Emoción también fue coherente con la mejora en la puntuación de la escala de depresión geriátrica GDS de Yesavage en el momento del alta. Aunque las mejorías obtenidas en las puntuaciones de las distintas dimensiones del NPH, tras la intervención en GHD, puedan parecer pequeñas desde un

punto de vista cuantitativo (tamaño del efecto de 0,31 para movilidad física y 0,24 para emoción), conviene recordar que la calidad de vida es una percepción subjetiva, y por lo tanto desde un punto de vista cualitativo, estas mejoras en su conjunto pueden llegar a ejercer un impacto positivo en el estado de salud de la persona, más aún en ancianos muy deteriorados, en los que pequeñas mejoras pueden ser subjetivamente muy bien valoradas, tanto por el propio anciano como por sus cuidadores.

Además, no todos los estudios han presentado resultados positivos en términos de mejora de CV después de la intervención en un HDG. Crotty et al ^(6,22), realizaron un ensayo randomizado y controlado con 229 pacientes que podían escoger entre hacer rehabilitación en un HDG o realizar un programa de rehabilitación en domicilio. Después de tres meses, todos los pacientes habían mejorado a nivel funcional, sin diferencias significativas entre los grupos. La calidad de vida de los pacientes fue analizada mediante el Short- Form 36 (SF-36) y no se observó cambios en la CV en ninguno de los dos grupos. Estos resultados difieren de los nuestros. Hay que tener en cuenta que en el estudio de Crotty et al, los pacientes tienen características diferentes a los nuestros al ingreso, pudiendo estar clínicamente mejor (fueron seleccionados exclusivamente para programa de rehabilitación y presentaban puntuaciones normales del MMSE). Esto puede hacer pensar que el margen de mejora de CV era menor en el estudio de Crotty et al que en el nuestro y por eso no se registró mejora en la CV.

Por otra parte, en nuestro estudio, la intervención en HDG fue general, interdisciplinar y dirigida a todas las áreas de salud del paciente geriátrico (no sólo rehabilitación física como en los estudios mencionados) ^(6,7). Esto implicó una mejora en todas las áreas, no sólo aquellas relacionadas con la capacidad funcional, sino también en área cognitiva y afectivas, así como una reducción en la presencia de algunos síndromes geriátricos (depresión, desnutrición, estreñimiento y caídas)(Tabla 2). Todo esto puede explicar que hayamos obtenido resultados mejores en términos de mejora de la calidad de vida.

En el presente estudio se escogió el NHP por diferentes motivos. En primer lugar porque existe una versión validada en español ⁽¹⁴⁾. En segundo lugar, es un cuestionario que se ha de aplicar en pacientes con un cierto nivel de afectación de su

estado de salud, dado que carece de ítems de salud positiva, y finalmente en tercer lugar, porque existe experiencia previa en la utilización de este test en población con demencia (el 56,4% de la muestra en el presente estudio tenía demencia). Baró E et al, aplicaron el NHP a 134 pacientes ingresados en una unidad de media estancia geriátrica teniendo en cuenta el estado cognitivo de los pacientes. Se concluyó que el NHP puede ser un instrumento válido en población anciana con cierto grado de discapacidad y con deterioro cognitivo leve-moderado (MMSE superior o igual a 10) ⁽¹²⁾. Hay que tener en cuenta que actualmente existen pocos instrumentos específicos de valoración de calidad de vida en pacientes con demencia en estadios leves-moderados validados al español ^(1,23). Por otra parte, el NHP es un instrumento genérico y por tanto no es específico para analizar la calidad de vida en pacientes con demencia. Esto puede conllevar cierta dificultad para interpretar los resultados. Bureau-Chalot F. et al ⁽²⁴⁾, analizaron la variabilidad y la consistencia interna del NHP en 145 pacientes con demencia. Se observó peor consistencia en los dominios más subjetivos como son las dimensiones psicológicas y sociales, especialmente en aquellos ancianos con peor deterioro cognitivo. Igualmente, los autores concluyen que ante la falta de instrumentos más específicos, el NHP puede ser utilizado. Por otra parte, el MMSE medio en el estudio fue de 13 puntos, mientras que en el presente estudio ha sido de 20 puntos, lo que sugiere que en nuestro caso es posible que los resultados tengan una mayor consistencia.

Si se analiza los resultados en función del sexo de los pacientes, se puede observar diferencias en la percepción subjetiva del estado de salud (Figura 2 y 3). Diferentes estudios han observado que las mujeres presentan peor percepción de su salud, respecto a los hombres ⁽³⁾, incluso las puntuaciones estándares del NHP son peores en las mujeres que en los hombres. En un estudio realizado en Cataluña se observó que las mujeres ancianas presentan mayor prevalencia de condiciones crónicas que los hombres. Esto puede influir en que las mujeres se consideren menos sanas que los hombres ⁽²⁵⁾. En el actual estudio, las mujeres mostraron una clara y significativa mejoría en movilidad física y emoción, mientras que los hombres mejoraron principalmente en la dimensión del dolor (con un tamaño del efecto del 0,34; 0,37 y 0,37 respectivamente). Vale la pena destacar que en caso de las mujeres, la utilización del NHP permitió detectar mejorías en algunas dimensiones o áreas de la salud, que no

hubiesen sido detectadas con los instrumentos habituales utilizados en la valoración geriátrica. Así en la misma Figura 2, puede observarse que la mejoría en la dimensión de la afectividad no se acompañó de mejoría en las puntuaciones del GDS de Yesavage. Por otra parte, en el caso de los hombres el NHP permitió detectar mejorías en algunas dimensiones subjetivas, como la percepción del dolor, que con frecuencia escapan de los instrumentos y escalas geriátricas convencionales (Figura 3).

Como limitaciones del estudio actual, hay que destacar que se trata de un estudio prospectivo observacional sin grupo control para comparar. Sobre este hecho, se tiene que destacar que el estudio no se diseñó para comparar la eficacia del HDG con otros recursos asistenciales geriátricos, sino para determinar si la intervención realizada en el HDG tenía efecto positivo sobre el estado de salud de los pacientes ancianos. A favor de esto, creemos que los resultados positivos obtenidos en la mejora de la calidad de vida de estos pacientes con enfermedades crónicas y discapacidad pueden ser significativos desde un punto de vista clínico. Además, habría que destacar que la utilización de instrumentos de valoración de calidad de vida en los ancianos puede permitir identificar algunas mejoras en determinadas dimensiones clínicas que normalmente no se evalúan en una valoración geriátrica rutinaria, permitiendo así detectar algunas mejoras que de otra forma pasarían desapercibidas.

Otra limitación a destacar del estudio sería la necesidad en muchos casos, de la ayuda de una tercera persona para la administración del NHP; este hecho podría haber sesgado algunas respuestas, aunque diferentes estudios no han encontrado diferencias entre cuestionarios auto administrados o administrados por entrevistador ⁽²⁴⁾. También hay que destacar el porcentaje alto de pérdidas durante el estudio, aunque cabe remarcar, tal como se muestra en la Tabla 1, que los pacientes que no completaron el estudio únicamente eran más mayores y presentaban mejor percepción de salud en la dimensión de movilidad física. En el resto de parámetros evaluados, tenían resultados similares al resto de pacientes que completaron el estudio; por lo que creemos que este hecho debe influir poco en los resultados.

CONCLUSIONES

Como conclusiones del presente estudio, destacar que el inicio de un programa de intervención en un HDG mejora la percepción de salud de los pacientes ancianos según el NHP en la puntuación total y sobre todo en las dimensiones de movilidad física y emoción. En el caso de las mujeres mejora la percepción de movilidad física y emoción y en los hombres mejora el dolor. La introducción de escalas de percepción de salud en donde los pacientes valoran si han mejorado o empeorado tras una intervención, es una medida necesaria sobretodo en pacientes ambulatorios, donde los instrumentos clásicos de valoración geriátrica pueden no ser tan eficaces para describir pequeños cambios en funcionalidad que también podrían ser importantes para el paciente. También hay que concluir que la intervención realizada en el HDG en el presente estudio fue también efectiva y tuvo un efecto positivo en diferentes parámetros de evaluación geriátrica tanto de la esfera funcional, cognitiva como emocional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lucas R. Calidad de vida y demencia. *Med Clin (Barc)* 2007; 128: 70-75.
2. Walker A. Programa británico de investigación para el incremento de la calidad de vida en la vejez. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2006; 41(Supl 2): 49-56.
3. Ricoy MC, Pino MR. Percepción de la calidad de vida y utilización de los recursos sociosanitarios por personas mayores no institucionalizadas. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2008; 43: 362-365.
4. Baztan JJ, González-Montalvo JJ, Solano JJ et al. Atención sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 704-717.
5. Forster A, Young J, Lambley R, Langhorne P. Medical day hospital care for the elderly versus alternative forms of care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4. Art. No: CD001730. DOI: 10.1002/14651858.CD001730.pub2.
6. Crotty M, Giles LC, Halbert J, Harding J, Miller M. Home versus day rehabilitation: a randomised controlled trial. *Age Ageing* 2008; 37: 628-633.
7. Parker S, Oliver P, Pennington M et al. Rehabilitation of older patients: day hospital compared with rehabilitation at home. A randomized controlled trial. *Health Technol Assess* 2009; 13 (39). DOI: 10.3310/htaI3390.
8. Granger CV, Albrecht GL, Hamilton BB. Outcome of comprehensive medical rehabilitation: Measurement by PULSES profile and the Barthel index. *Arch Phys Med Rehabil* 1979; 60: 145-154.
9. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9: 179-186.
10. Fontecha B. Valoración geriátrica: visión desde el Hospital de día. *Rev Mult Gerontol* 2005; 15: 23-25.

11. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. « Mini-Mental State » A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12: 189-198.
12. Baró E, Ferrer M, Vázquez O et al. Using the Nottingham Health Profile (NHP) among older adult inpatients with varying cognitive function. *Qual Life Res* 2006; 15: 575-585
13. Hunt SM, McKennas S, Mc Ewen J et al. The Nottingham Health Profile: subjective health status and medical consultations. *Sco Sci Med* 1981; 15A: 221-229
14. Alonso J, Anto JM, Moreno C. Spanish version of the Nottingham Health Profile: translation and preliminary validity. *Am J Public Health* 1990; 80 (6):704-708.
15. Podsiadlo D, Richardson S. The Timed “up and go”: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39: 142-148.
16. Roqueta C, de Jaime E, Miralles R, Cervera AM. Experiencia en la evaluación del riesgo de caídas. Comparación entre el test de Tinetti y el Timed Up & Go. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2007; 42: 319-327.
17. Charlson ME, Pompei P, Ales KL et al. A new method of classifying prognostic co-morbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chron Dis* 1987; 40: 373-383.
18. Martí D, Miralles R, Llorach I et al. Trastornos depresivos en una unidad de convalecencia: experiencia y validación de una versión española de 15 preguntas de la escala de depresión geriátrica de Yesavage. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2000; 35: 7-14.
19. Norton, D., McLaren, R. & Exton-Smith, A. N. (1962). An investigation of geriatric nursing problems in hospital. London: National Corporation for the Care of Old People (now Centre for Policy on Ageing).
20. Cohen J: Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. Hillsdale, NJ, Lawrence ErlbaumAssociates, 1988

21. Kazis LE, Anderson JJ, Meenan RF: Effect sizes for interpreting changes in health status. *Med Care* 27:S178–S189, 1989
22. Young J, Forster A. The geriatric day hospital: past, present and future. *Age Ageing* 2008; 37:613-615.
23. Rosas-Carrasco O, Torres-Arreola LP, Guerra-Silla MG et al. Validación de la Escala Quality of Life in Alzheimer's Disease (QOL-AD) en pacientes mexicanos con demencia tipo Alzheimer, vascular y mixta. *Rev Neurol* 2010; 51: 72-80.
24. Bureau-Chalot F, Novella JL, Jolly D et al. Feasibility, Acceptability and Internal Consistency Reliability of the Nottingham Health Profile in Dementia Patients. *Gerontology* 2002; 48: 220-225.
25. Orfila F, Ferrer M, Lamarca R et al. Gender differences in health-related quality of life among the elderly: the role of objective functional capacity and chronic conditions. *Soc Sci Med* 2006; 63: 2367-2380.

Tabla 1: Características de los pacientes en los que no se pudo obtener el NHP en el momento del alta del HDG (no pudieron finalizar el programa de intervención, o bien no se efectuó la evaluación final). Comparación con la muestra total de pacientes analizada (datos de la valoración inicial).

	Pacientes incluidos inicialmente en el estudio (n=162)		
	Finalizaron programa intervención (n=110)	No finalizaron programa o no se registró evaluación final (n=52)	p-valor
Edad*	75,4±10,5	79,9±7,3	0,006
Sexo (mujeres)**	58 (65,9%)	30 (34,1%)	0,554
Índice de Barthel*	69,5±24,6	74,9±21,9	0,177
Índice de Lawton*	1,7±2,3	1,6±2,1	0,680
Índice de Charlson*	2,2±1,6	1,9±1,3	0,245
Mini-Mental State Examination of Folstein*	22,1±4,9	21,0±4,7	0,159
GDS de Yesavage*	4,3±3,5	3,8±3,0	0,450
Timed Up and Go (seg)*	28,3±23,8	22,4±15,8	0,111
Test de marcha de Tinetti *	19,1±7,0	19,1±7,4	0,985
Dimensiones del NHP			
Sueño*	39,5±34,3	33,9±35,7	0,341
Aislamiento Social*	24,0±23,5	23,9±27,1	0,985
Dolor*	31,9±30,1	27,9±32,3	0,447
Movilidad física*	49,5±31,1	36,4±29,9	0,013
Emoción*	36,4±29,1	33,8±22,8	0,545
Puntuación total NHP*	36,3±22,7	31,3±21,3	0,188

* Expresado como media ± desviación estándar

**Expresado como número de pacientes (%)

Tabla 2: Características de los pacientes en el momento del inicio del programa y al alta de HDG.

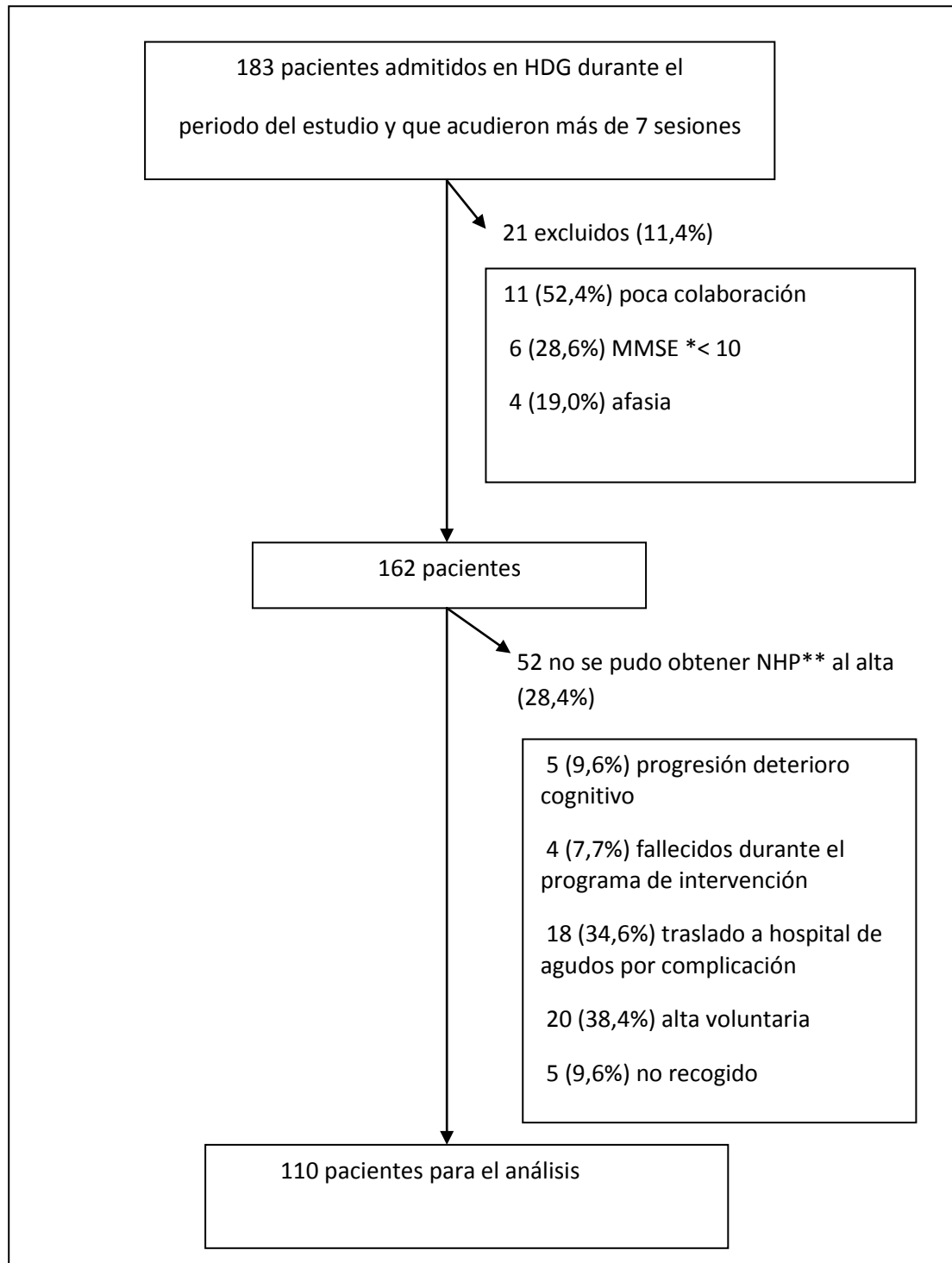
	Total pacientes (n= 110)		p-valor
	Inicio	Alta	
Índex Barthel*	69,5±24,6	74,8±20,2	0,001
Índex Lawton*	1,7 ± 2,3	1,7±2,4	0,962
MMSE*	22,1±4,9	23,0±5,1	0,006
GDS de Yesavage*	4,3±3,5	3,8±3,5	0,027
Escala de Norton*	16,8±2,2	17,5±1,9	<0,001
Timed Up&Go (seg)*	28,3±23,8	21,6±14,4	<0,001
Test de marcha de Tinetti*	19,1±7,0	21,0±5,3	<0,001
Síndromes geriátricos†			
Caídas	73 (66,4%)	41(37,3%)	<0,001
Depresión	68 (61,8%)	53 (48,2%)	0,001
Polifarmacia	72 (65,5%)	76 (69,1%)	0,424
Desnutrición	18 (16,4%)	5 (4,5%)	0,001
Trastorno de la marcha	74 (67,3%)	77 (70,0%)	0,549
Incontinencia urinaria	52 (47,3%)	49 (44,5%)	0,549
Restreñimiento	41 (37,3%)	28 (25,5%)	0,004
Puntuaciones del NHP**			
Energía*	36,6±34,9	36,6±36,3	1,000
Sueño*	39,5±34,3	35,8±32,2	0,340
Aislamiento social*	24,0±23,5	19,6±20,9	0,092
Dolor*	31,9±30,1	26,8±27,2	0,110
Movilidad física*	49,5±31,1	39,8±28,5	0,002
Emoción*	36,4±29,1	29,4±25,7	0,042
Total*	36,3±22,7	31,3±20,8	0,044

* Expresado como media ± desviación estándar

† Expresado como número de pacientes que presentan el síndrome (%)

** Límites de la puntuación de cada dimensión de 0 a 100 (0= mejor estado de salud posible, 100= peor estado de salud posible)

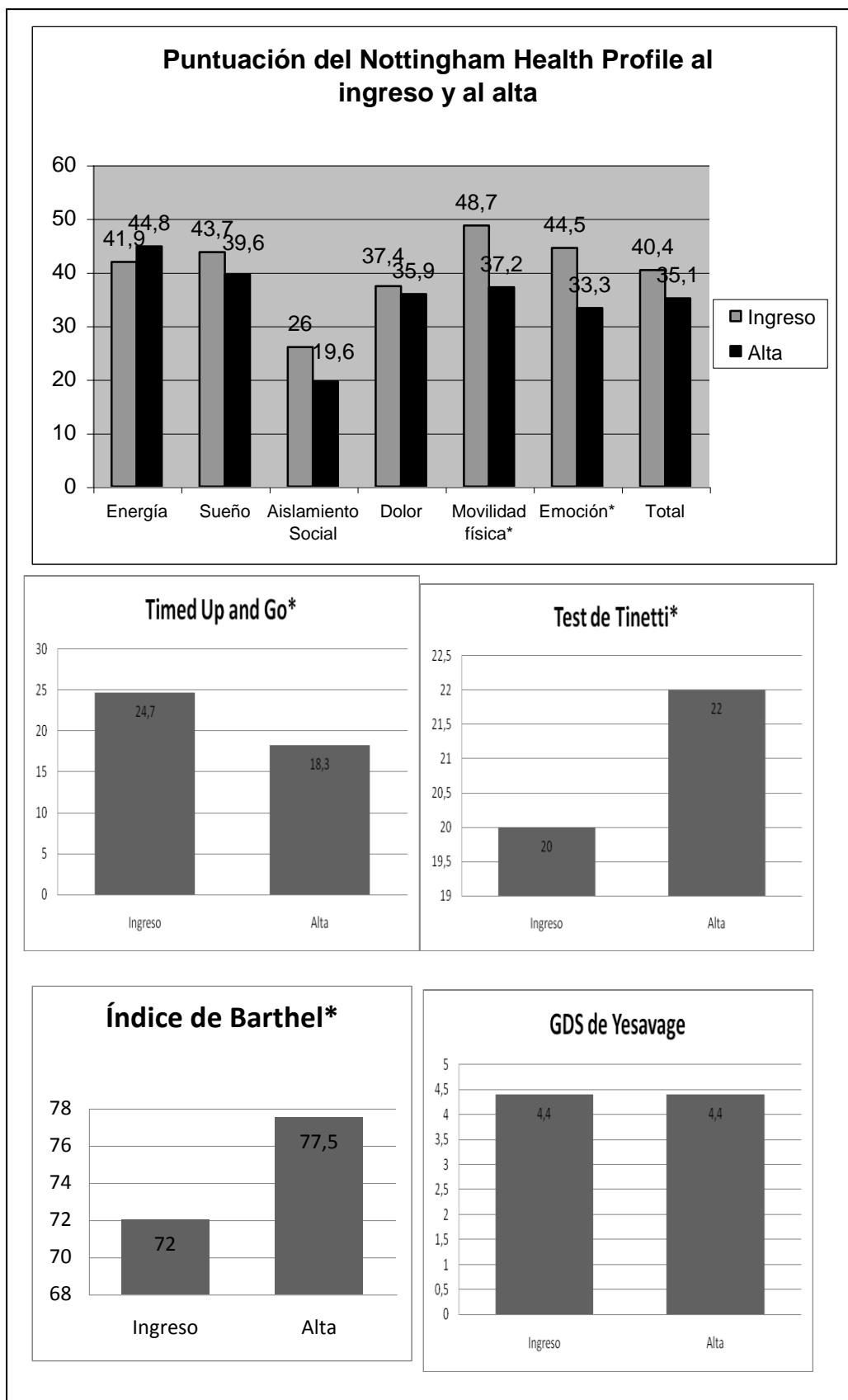
Figura 1: Obtención de la muestra de pacientes en el presente estudio; motivos de exclusión y pacientes que no finalizaron el programa de intervención en el Hospital de día Geriátrico (HDG).



*MMSE= Mini-Mental State Examination de Folstein

** NHP= Nottingham Health Profile

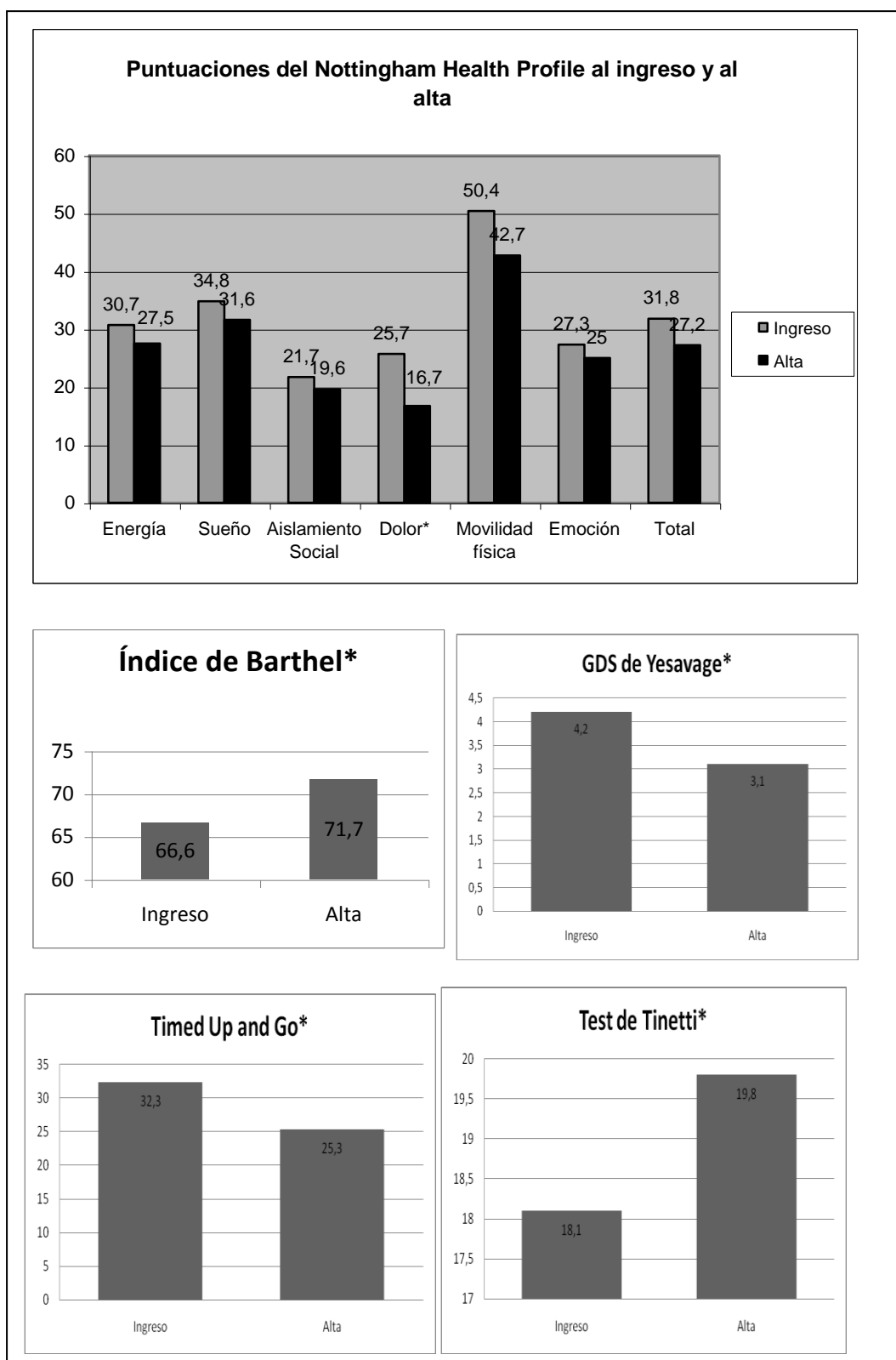
Figura 2: Puntuaciones del Nottingham Health Profile** y otros datos al inicio y alta del programa de intervención en HDG en mujeres (n=58)



*Diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$)

** Límites de la puntuación de cada dimensión de 0 a 100 (0= a mejor estado de salud posible, 100= peor estado de salud posible)

Figura 3: Puntuaciones del Nottingham Health Profile** y otros datos al inicio y alta del programa de intervención en HDG en hombres (n=52)



*Diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$)

** Límites de la puntuación de cada dimensión de 0 a 100 (0= a mejor estado de salud posible, 100= peor estado de salud posible)