

Valoración geriátrica de un paciente ingresado en un hospital de agudos

Francesc Formiga, Jordi Mascaró, Carmen Cabot, Cristina Ortega, Francisca Porras, Antonio Vidaller, Ramón Pujol

UFISS de Geriatria. Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona

Correspondencia:

Francesc Formiga. UFISS de Geriatria.
08907 L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona
E-mail: fformiga@csub.scs.es

Resumen

En los hospitales de agudos es cada vez mayor el porcentaje de pacientes ingresados con una edad avanzada, en que será importante que se realice una valoración geriátrica global y por lo tanto se complemente la historia clínica con una correcta valoración de la situación social, funcional y cognitiva. La mayoría de estudios han demostrado la efectividad de la valoración geriátrica global en términos de conseguir una menor pérdida funcional, una menor estancia hospitalaria, un porcentaje menor de nueva institucionalización al alta hospitalaria y así mismo de un menor número de reingresos. En el presente trabajo se evalúan algunas de las características, que en nuestra opinión, debe tener una valoración geriátrica global en los pacientes ancianos ingresados en hospitales de agudos.

Palabras clave: Valoración geriátrica. Anciano. Ingreso hospitalario.

Summary

Comprehensive geriatric assessment, addressing physical, cognitive and social function, of elderly patients admitted in acute care hospitals is essential for optimal clinical management. Most of studies have been demonstrated significant benefits from the process of geriatric assessment, including reduced functional decline, hospital length stay, rehospitalizations and increasing likelihood of living home. In this manuscript we reported our opinion about the principal characteristics of a comprehensive geriatric assessment in elderly patients hospitalized in acute care hospitals.

Key words: Geriatric assessment. Elderly. Hospital admission.

ración geriátrica debe realizarse desde un punto de vista global y es básico que se complemente la historia clínica con una correcta valoración de la situación social, funcional y cognitiva¹⁻³.

La valoración geriátrica global es un proceso multidimensional e interdisciplinar que pretende cuantificar las capacidades y problemas médicos (físicos y mentales), funcionales y sociales del anciano con la intención de elaborar un plan exhaustivo para el tratamiento y seguimiento a largo plazo^{4,5}. La valoración geriátrica constituye la herramienta esencial de la geriatría en particular, y en general, un instrumento necesario para la correcta atención a los ancianos por los profesionales de otras especialidades médicas, y muy especialmente a nivel ambulatorio por los profesionales de la atención primaria⁶.

Pocos estudios dudan de la eficacia de la realización de una correcta valoración geriátrica en los hospitales de agudos^{7,8} y por el contrario la mayoría de ellos han demostrado su efectividad en términos de conseguir una menor pérdida funcional, una menor estancia hospitalaria, un porcentaje menor de nueva institucionalización al alta hospitalaria y de un posterior menor número de reingresos. Además dicha valoración deberá ser capaz de ayudarnos a conseguir, en el paciente agudo hospitalizado, un uso racional de las exploraciones y de los diversos servicios, y así mismo una adecuada planificación del alta hospitalaria⁹⁻¹¹.

En lo que no existe unanimidad en la literatura y por lo tanto debe definirse es en que grupo de pacientes ingresados en los hospitales de agudos debe realizarse una valoración geriátrica y que elementos debe incluir. Probablemente la respuesta a la primera pregunta es que debe realizarse a todos aquellos pacientes en que al hacerlo se mejora la calidad asistencial dada, entendida como una actuación adecuada, ecuaníme, accesible, aceptable, eficaz, eficiente, en que exista una continuidad en la asistencia y que de satisfacción tanto al paciente como, y muy importante, al propio profesional sanitario. Y probablemente más que definir un grupo de edad en que deba realizarse, el paciente diana sería todo aquel paciente identificado como frágil^{12,13}, y esto significaría que debería de hacerse prácticamente a la mayoría de pacientes ingresados actualmente en los hospitales de agudos.

El incremento de la pirámide poblacional y el desarrollo de alternativas a la hospitalización convencional comporta que un elevado porcentaje de los pacientes ingresados en los hospitales de agudos sean pacientes en edad avanzada, con una importante comorbilidad añadida y, en general frágiles. En todos estos pacientes, sin que sea un factor diferencial en el servicio en que estén ingresados, la valo-

No existen unos estándares de que componentes debe incluir una adecuada valoración geriátrica en los hospitales de agudos, por ello en este artículo intentaremos reflexionar sobre ello. También somos conscientes de que algunas de las pruebas o clasificaciones recomendadas se diseñaron y validaron en niveles extrahospitalarios o en subgrupos de enfermedades.

Nadie duda que debe incluir información sobre aspectos de la funcionalidad, y aunque puede ser muy útil recoger el antecedente de si el paciente realizaba actividades instrumentales (cocinar, comprar, conducir, etc), ya sea de manera informal o con alguna escala, lo realmente indispensable es recoger la capacidad funcional previa con una escala cuantitativa para actividades básicas de la vida diaria como es el índice de Barthel¹⁴⁻¹⁶.

Para evaluar el nivel cognitivo de los pacientes debe recogerse la información del cuidador principal de como era previamente el estado cognitivo del paciente y posteriormente realizar un primer cribaje con el Short Portable Mental Status Questionnaire^{17,18}. En los pacientes con más de 4 fallos (deterioro cognitivo moderado) si se descarta la existencia de *delirium*, deberán ser evaluados previamente al alta con el Miniexamen cognitivo de Lobo¹⁹ que puntúa sobre 35 puntos (menos de 24 es indicativo de deterioro cognitivo en mayores de 65 años) y los pacientes en que se confirma dicho deterioro cognitivo deberán ser derivados a unidades específicas de estudio de demencia. Si ya existe un diagnóstico previo de demencia ayudará que apoyemos el diagnóstico con el estadio de la enfermedad según la escala de deterioro global (GDS -FAST) de Reisberg²⁰.

Completaría el trípode inicial, junto a la valoración funcional y cognitiva, una mínima valoración social en que se identificara el cuidador principal, se preguntará por el estado civil del paciente, y la existencia o no de barreras arquitectónicas que dificulten el alta a domicilio; excepto en pacientes muy concretos no son necesarias escalas específicas de riesgo social.

Con datos de funcionalidad previa, cognición y edad, ya podemos definir un perfil que nos ayude a identificar a un grupo de pacientes en riesgo de deterioro funcional después de una enfermedad aguda que comporte una hospitalización. Sager *et al*²¹ reportaron en 1996 el Hospital Admission Risk Profile, que da tres niveles de riesgo (bajo, intermedio o alto) según la puntuación en los apartados de edad, la capacidad para instrumentales y en el Mini-Mental abreviado. De hecho, ya solamente con la información recibida por la capacidad funcional para básicas de la vida diaria previa la ingreso podemos tener un factor pronostico en la mayoría de pacientes ancianos hospitalizados. En estudios con dos de las patologías que más frecuentemente comportan un ingreso hospitalario en el paciente anciano, como son la insuficiencia cardíaca²² o la fractura de fémur²³ se ha descrito que la funcionalidad previa al ingreso es un buen predictor de mortalidad al año.

Esta valoración básica debe complementarse con una exploración para conocer el estado anímico, en la que no será necesario en nuestra opinión aplicar encuestas para depresión como el Yesavage²⁴ y bastará con la valoración clínica, y se podrá preguntar sobre la autopercepción de salud en una pregunta simple sin necesidad de

escalas complejas. Si que será importante el estar alerta sobre el estado nutricional de nuestros pacientes, y probablemente será útil que además del peso y la talla, cuantifiquemos el riesgo con alguna escala. El riesgo nutricional se puede valorar mediante la versión abreviada del Mini-Nutritional Assessment (MNA-SF)²⁵, que tiene un rango de puntuación de 0-14, valores por debajo de 11 identifican pacientes con mayor riesgo de malnutrición. Dichas escala permite complementar la información de los parámetros nutricionales clásicos como el colesterol, número de linfocitos totales o albúmina que pueden estar alterados en relación con el proceso que provoca el ingreso. En un estudio con pacientes ingresados con fractura de fémur no se ha encontrado correlación entre estos parámetros nutricionales y el MNA-SF²⁶.

También será importante que los profesionales que atiendan pacientes de edad avanzada conozcan bien los diversos síndromes geriátricos (cuadro confusional agudo, disfagia, caídas, inmovilidad, incontinencia, insomnio, etc.), para su prevención (básico) y tratamiento si aparecen²⁷⁻²⁹. El campo de las úlceras de decúbito es un claro ejemplo donde las actuaciones multidisciplinarias correctas han conseguido importantes avances desde hace años.

En el paciente anciano es frecuente la coexistencia de diversas patologías diferentes a la que ha motivado el ingreso, es por ello que la cuantificación de la comorbilidad con un índice como el de Charlson³⁰ será útil para dar una idea de la complejidad de los pacientes. Además existe una gran prevalencia de polifarmacia y riesgo de reacciones adversas a los medicamentos, junto a patologías infra o mal tratadas (osteoporosis, insuficiencia cardíaca, etc), por ello será importante revisar y mejorar al máximo la calidad y la necesidad de la medicación prescrita al anciano³¹.

A la exploración física habitual será importante añadir información sobre la vista, el oído, la boca, la piel y la detección sistemática de la posible existencia de hipotensión ortostática. En los pacientes en que sea factible habría que valorar si existen alteraciones de la marcha.

También será importante y necesario el aprender a identificar los pacientes con enfermedades crónicas en fase terminal (demencia, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, etc)³²⁻³⁴. Es básico mejorar al máximo la atención en el momento del final de la vida con un aceptable manejo de los principios del tratamiento paliativo, evitando al máximo la futilidad y respetando en lo posible los deseos previos del paciente.

Además los profesionales sanitarios que atiendan a pacientes ancianos deberán ser expertos en la enfermedad que motive el ingreso y conocer las recomendaciones específicas de las diversas sociedades para el paciente anciano³⁵⁻³⁶. Estos pacientes deben beneficiarse de estar incluidos en protocolos y algoritmos diagnósticos y de tratamiento que ayuden a reducir la variabilidad. No obstante, en el paciente anciano frágil, más que en cualquier otro paciente, frecuentemente habrá que saber individualizar y tener precaución al aplicar los indicadores de calidad en los pacientes frágiles incorporando el hábito de comentar estos pacientes en la sesión clínica³⁷. Finalmente además de planificar el alta, habrá que saber comentar

con los cuidadores las diversas posibilidades diagnósticas y terapéuticas; y ser receptivos a sus opiniones³⁸.

La valoración descrita debería realizarse en todos los niveles de hospitalización de agudos³⁹, y una vez realizadas deben quedar reflejadas en el informe de alta de los pacientes¹.

Estas recomendaciones deben ser entendidas dentro de un modelo actual donde el paciente de edad avanzada está ingresado durante varios días en el hospital de agudos, y posteriormente es dado de alta a su domicilio habitual y/o a otros destinos pero no a unidades de subagudos, si existieran estas unidades probablemente sería el lugar idóneo donde poder completar adecuadamente la valoración geriátrica y realizar intervenciones apropiadas.

Bibliografía

- Formiga F, Dolcet P, Martínez A, Mascaró J, Vidaller A, Pujol R. Información geriátrica en los informes de alta hospitalaria del servicio de Medicina Interna en pacientes mayores de 65 años. *Rev Clin Esp* 2004;204:308-11.
- San Jose A, Vilardell M. Valoración geriátrica hospitalaria. *An Med Inter* (Madrid) 1997;14(suppl 1):42-8.
- San Jose A, Vilardell M. Valoración geriátrica en los servicios de Medicina Interna. *Rev Clin Esp* 2004;204:295-7.
- González Montalvo JI, Pérez del Molino J, Rodríguez Mañas L, Salgado Alba A, Guillén Llera F. Geriatria y asistencia geriátrica: para quien y cómo (I). *Med Clin* (Barc) 1991;96:183-8.
- González Montalvo JI, Pérez del Molino J, Rodríguez Mañas L, Salgado Alba A, Guillén Llera F. Geriatria y asistencia geriátrica: para quien y cómo (II). *Med Clin* (Barc) 1991;96:222-8.
- González Montalvo JI, Gutiérrez Rodríguez J, Alarcón Alarcón MT. Aplicación de la valoración geriátrica para el correcto uso de niveles asistenciales en la atención del anciano. Propuesta de un diagrama objetivo de toma de decisiones. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998;33:115-20.
- McVey LJ, Becker PM, Saltz CC, Feussner JR, Cohen HJ. Effect of a geriatric consultation team on functional status of elderly hospitalized patients. *Ann Intern Med* 1989;110:79-84.
- Winograd CH, Gerety MB, Lai NA. A negative trial of inpatient geriatric consultation. Lessons learned and recommendations for future research. *Arch Intern Med* 1993;153:2017-23.
- Landefeld CS, Palmer RM, Kresevic DM, Fortinsky RH, Kowal J. A randomized trial of care in a hospital medic unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. *N Engl J Med* 1995;332:1338-44.
- 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.
- Nikolaus T, Specht-Leible N, Bach M, Oster P, Schlier G. A randomized trial of comprehensive geriatric assessment and home intervention in the care of hospitalized patients. *Age Ageing* 1999;28:543-50.
- Rockwood K, Hubbard R. Frailty and the geriatrician. *Age Ageing* 2004;33:429-30.
- Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004;59:255-63.
- Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. A simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. *Md State Med J* 1965;14:61-5.
- Batzán JJ, Pérez del Molino J, 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.
- Valverde MD, Flórez M, Sánchez I. Escala de actividades de la vida diaria. *Rehabilitación* 1994;28:377-88.
- 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.
- Martínez de la Iglesia J, Dueñas R, Onís MC, Aguado C, Albert L, Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clin* (Barc) 2001;117:129-34.
- Lobo A, Saz P, Marcos G, día JL, De la Cámara C, Ventura T, et al. Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-mental Status Examination) en la población general geriátrica. *Med Clin* (Barc) 1999;112:767-74.
- Reisberg B, Ferris SH, De Leon MJ, Crook T. The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiat* 1982;139:1136-9.
- Sager MA, Rudberg MA, Jalaluddin M, Franke T, Inouye SK, Landerfeld S, et al. Hospital admission risk profile (HARP): Identifying older patients at risk for functional decline following acute medical illness and hospitalization. *J Am Soc Geriatr* 1996;44:251-7.
- Formiga F, Chivite D, A. Vidaller, E. Marcos, C. Olmedo, R. Pujol. Declive funcional al año en los paciente ancianos ingresados por insuficiencia cardíaca de debut. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2004;Supl2:52.
- Formiga F, Lopez-Soto A, Sacanella E, Coscujuela A, Suso S, Pujol R. Mortality and morbidity in nonagenarian patients following hip fracture surgery. *Gerontology* 2003;49:41-5.
- Yasevage JA, Brink TI, 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* 1983;17:37-49.
- Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for undernutrition in geriatric practice: developing the short-form mini-nutritional assessment. *J Gerontol Med Sci* 2001;56:M366-72.
- Formiga F, Chivite D, Mascaró J, Ramón, JM R. Pujol R. No correlation between the Mini-Nutritional Assessment (short form) scale and clinical outcomes in 73 elderly patients admitted because of hip fracture. *Ageing Clin Exp Res* (en prensa).
- Flacker JM. What is a geriatric syndrome anyway? *J Am Geriatr Soc*. 2003;51:574-6.
- Phelan EA, Vig EK, Abrass IB. Some considerations regarding geriatric syndromes. *Ann Intern Med* 2001;18:135:1095.

29. Creditor CM. Hazards of Hospitalization of the elderly. *Ann Intern Med* 1993;118:219-23.
30. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chron Dis* 1987;40:378-83.
31. Gurwitz JH, Rochon P; Food and Drug Administration (U.S.). Improving the quality of medication use in elderly patients. *Arch Intern Med* 2002;162:1670-2.
32. Formiga F, Vivanco V, Cuapio Y, Porta J, Gomez-Batiste X, Pujol R. Morir en el hospital por enfermedad terminal no oncológica: Análisis de la toma de decisiones. *Med Clin (Barc)* 2003;121:95-7.
33. Formiga F, Espel E, Chivite D, Pujol R. Dying from heart failure in the hospital: palliative decision making analysis. *Heart* 2002;88:187.
34. Pujol R, Formiga F, Chivite D. Dying from heart failure in hospital. *Q J Med* 2003;96:777-8.
35. Wenger NS, Shekelle PG. Assessing care of vulnerable elders: ACOVE project overview. *Ann Intern Med* 2001;135:642-6
36. Shekelle PG, MacLean CH, Morton SC, Wenger NS. ACOVE quality indicators. *Ann Intern Med* 2001;135:653-67.
37. Solomon DH, Wenger NS, Saliba D, Young RT, Adelman AM, Besdine RK, et al. Appropriateness of quality indicators for older patients with advanced dementia and poor prognosis. *J Am Soc Geriatr* 2003;51:902-7.
38. Bogardus ST, Bradley EH, Williams CS, Maciejewski PK, van Doorn C, Inouye SK. Goals for the care of frail older adults: Do caregivers and clinicians agree? *Am J Med* 2001;110:97-102.
39. Formiga F, Maiques JM, Salazar A, Mascaro J, Novelli A, Rivera A, et al. Repercusión de la hospitalización en la capacidad funcional de pacientes mayores de 75 años ingresados en una unidad de corta estancia. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1999;34:331-5.