

# Mejorando la hospitalidad del hospital en el paciente anciano con afección aguda

Juan J. Baztán

Servicio de Geriátría. Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid. España.

Es conocido que el principal objetivo asistencial de la medicina geriátrica no es tanto el aumento de la expectativa de vida sino el aumento de la expectativa de vida libre de discapacidad<sup>1</sup>. Por ello, la situación funcional es un parámetro prioritario en la evaluación del estado de salud, de la calidad de vida y de los cuidados del paciente anciano<sup>2</sup>. El desarrollo histórico de la medicina geriátrica ilustra cómo, progresivamente, el paciente diana de la especialidad se ha ido ampliando de los cuidados de larga estancia a los hospitales de agudos y, posteriormente, a la comunidad, con el objetivo de actuar lo más temprana y eficazmente posible sobre las afecciones causantes de incapacidad<sup>3</sup>.

Las intervenciones dirigidas a la prevención de la discapacidad son múltiples y comienzan en edades tempranas de la vida. En edades avanzadas estas intervenciones son progresivas y abarcan desde estrategias poblacionales de promoción de la salud y de prevención primaria y secundaria de la enfermedad, hasta otras más específicas y complementarias dirigidas a la detección temprana de fragilidad como marcador de riesgo de desarrollar discapacidad, de forma independiente de la presencia o no de afección subyacente<sup>4</sup>.

En situaciones de crisis, el riesgo de desarrollar incapacidad se acentúa. La presencia de procesos agudos que requieren hospitalización es uno de los momentos críticos más conocidos<sup>5</sup>. La hospitalización conlleva la aparición o progresión de discapacidad al alta en una tercera parte de los pacientes mayores de 65 años hospitalizados, incidencia que supera el 50% en los mayores de 85 años<sup>6</sup>. Reuben<sup>7</sup> señalaba algunos factores que condicionaban la mayor morbimortalidad hospitalaria en la población anciana, incluida la mayor incidencia de deterioro funcional, y que agrupaba principalmente en tres factores: la menor resistencia para responder a situaciones agudas de enfermedad (mayor fragilidad subyacente), una mayor gravedad de las enfermedades que precipitaban la hospitalización y, finalmente, la posible inadecuación de los cuidados dispensados. Si bien el primer factor podría ser más difícil de modificar durante la fase aguda, los dos siguientes, especialmente el último, serían susceptibles de intervención para reducir la incidencia de complicaciones hospitalarias<sup>7</sup>.

Profundizar en las medidas a adoptar durante la hospitalización que puedan generalizarse en la práctica diaria es un objetivo actual de la investigación clínica en geriatría. Intervenciones sobre afecciones concretas como el accidente cerebrovascular<sup>8</sup>, dirigidas a la prevención de síndromes específicos como el delirium<sup>9</sup>, o decisiones concretas respecto a cómo extremar la indicación de sondaje vesical<sup>10</sup> o estimular la movilización temprana de los pacientes ancianos<sup>11</sup> han objetivado su eficacia en la reducción de la morbimortalidad y el deterioro funcional.

De forma específica, la estrategia de intervención para la prevención de deterioro funcional en mayores de 70 años hospitalizados por afección médica propuesta por Landefeld et al<sup>12</sup> y Counsell et al<sup>13</sup> ha mostrado beneficios en hospitales universitarios y comunitarios, que pueden ser más dramáticos en entornos asistenciales con un menor desarrollo de la medicina geriátrica<sup>14</sup>. Esta estrategia basada en adaptaciones del entorno, cuidados centrados en el paciente, personal especializado, programas de movilización precoz, reuniones interdisciplinarias diarias, revisión periódica de cuidados médicos con especial atención a la medicación y planificación precoz del alta es, en cierto modo, similar a las intervenciones propuestas en las unidades de accidente cerebrovascular y con unos beneficios superponibles a las de éstas<sup>8,12</sup>.

La enseñanza de estos y otros estudios es que otra atención para pacientes ancianos diferente de la proporcionada a la población más joven hospitalizada es posible y necesaria. En nuestro medio, la difusión de estos conocimientos es progresiva, pero disponemos de pocos datos que objetiven si estos beneficios son también aplicables en nuestros hospitales<sup>15</sup>. Por este motivo, el trabajo publicado en este número de la REVISTA por Vidán Astiz et al<sup>16</sup>, llevado a cabo en un hospital universitario, es especialmente interesante, a pesar de que es un estudio preliminar realizado en una población seleccionada (pacientes de riesgo de desarrollar síndrome confusional) y en el que la intervención geriátrica se comparó con un grupo control no aleatorizado. Los resultados pueden ayudar a ilustrar las diferencias con la práctica clínica habitual y ofrecen una doble lectura. Por una parte, y aunque las cifras de incidencia de deterioro funcional al alta sean elevadas en ambos grupos, no cualquier cifra es

aceptable clínicamente y una reducción absoluta del riesgo del 12% es muy relevante, especialmente teniendo en cuenta que el grupo control era 6 años más joven y menos incapacitado funcional y mentalmente. La magnitud del efecto se mantiene e incluso es mayor en ancianos previamente independientes para la deambulaci3n en los que la reducci3n absoluta del riesgo de desarrollar incapacidad al alta se reduce un 17%. Por otra parte, los autores profundizan en algunas medidas f3cilmente aplicables sin costes a~adidos que pueden contribuir al beneficio objetivado, como la adopci3n de medidas de reorientaci3n, fomentar la movilizaci3n precoz, adecuar el horario de medicaci3n para facilitar el descanso nocturno y la mayor implicaci3n de la familia en los cuidados, intervenciones a a~adir a otras ya conocidas e implícitas en este estudio como la especializaci3n en los cuidados, la valoraci3n integral y el trabajo interdisciplinario.

Son necesarios m3s estudios que contribuyan a conocer aspectos concretos en la mejora de la atenci3n a ancianos hospitalizados en nuestro entorno y que puedan ser generalizables. La REVISTA ESPA~OLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA estar3 abierta a colaborar en su difusi3n.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Pahor M, Applegate WB. Geriatric Medicine. *BMJ*. 1997;315:1071-4.
2. Ikegami N. Functional assessment and its place in health care. *N Engl J Med*. 1995;332:598-9.
3. Grimley Evans J. Geriatric medicine: a brief history. *BMJ*. 1997;315:556-61.
4. Primera Conferencia Nacional de Prevenci3n y Promoci3n de la Salud en la Pr3ctica Clínica en Espa~a. Prevenci3n de la dependencia en las personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2007;42 Supl 2 [en prensa].
5. Ferrucci L, Guralnik JM, Pahor M, Corti MC, Havlik RJ. Hospital diagnoses, Medicare charges, and nursing home admissions in the year when older persons become severely disabled. *JAMA*. 1997;277:728-34.
6. Covinsky KE, Palmer RM, Fortinsky RH, Counsell SR, Stewart AL, Kresevic D, et al. Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. *J Am Geriatr Soc*. 2003;51:451-8.
7. Reuben DB. Making hospitals better places for sick older persons. *J Am Geriatr Soc*. 2007;48:1728-9.
8. Stroke Unit Trialist' Collaboration. Collaborative systematic review of the randomised of organised inpatients (stroke unit) care after stroke. *BMJ*. 1997;314:1151-9.
9. Inouye SK, Bogardus ST Jr, Charpentier PA, Leo-Summers L, Acampora D, Holford TR, et al. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N Engl J Med*. 1999;340:669-76.
10. Holroyd-Leduc JM, Sen S, Bertenthal D, Sands LP, Palmer RM, Kresevic DM, et al. The relationship of indwelling urinary catheters to death, length of hospital stay, functional decline, and nursing home admission in hospitalized older medical patients. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55:227-33.
11. Brown CJ, Friedkin RJ, Inouye SK. Prevalence and outcomes of low mobility in hospitalized older patients. *J Am Geriatr Soc*. 2004;52:1263-70.
12. Landefeld CS, Palmer RM, Kresevic DM, Fortinsky RH, Kowal J. A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. *N Engl J Med*. 1995;332:1338-44.
13. Counsell SR, Holder CM, Liebenauer LL, Palmer R, Fortinsky RH, Kresevic DM. Effects of a multicomponent intervention on functional outcomes and process of care in hospitalized older patients: a randomized controlled trial of acute care for elders (ACE) in a community hospital. *J Am Geriatr Soc*. 2000;48:1572-81.
14. Zelada MA, Salinas R, Baztán JJ. Reduction of functional deterioration during hospitalization in an acute geriatric unit. *Arch Gerontol Geriatr*. 2007; DOI: 10.1016/j.archger.2007.09.008.
15. Gonz3lez Montalvo JI, Bazt3n Cort3s JJ, Alarc3n Alarc3n T, B3rcena 3lvarez A. Resultados asistenciales de las unidades geri3tricas de agudos. Revisi3n sistem3tica. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2007;42:240-50.
16. Vid3n Astiz M, S3nchez Garc3a, Alonso Armesto M, Montero Errasquin B, Mart3nez de la Casa A, Ort3z FJ, et al. Deterioro funcional durante la hospitalizaci3n en ancianos. Beneficios del ingreso en el servicio de geriatria. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2008;43:133-8.