



EDITORIAL

BENEFICIOS DE LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN UNA UNIDAD DE FRAGILIDAD



BENEFITS OF SPECIALIZED CARE IN A SPECIFIC FRAILTY UNIT

Ana Castañeda Pastor (MD, PhD)^{a,*}, Amalia Muñana Fuentes (MD)^a,
Paula de Peralta García (MD)^a, Cristina Fuentes Santos (MD)^a,
Javier Martínez Peromingo (MD)^b y Raquel Barba Martín (MD, PhD)^a

^a Servicio de Medicina Interna del Hospital Rey Juan Carlos (Móstoles)

^b Servicio de Geriátría del Hospital Rey Juan Carlos (Móstoles)

Recibido el 15 de marzo de 2019; aceptado el 27 de marzo de 2019

La fragilidad es un síndrome asociado a la edad caracterizado por una menor reserva funcional, que confiere una mayor vulnerabilidad ante situaciones de estrés, como pueden ser la enfermedad y la hospitalización¹. Es bien conocida la relación entre la fragilidad y la necesidad de institucionalización al alta de los pacientes por un mayor deterioro funcional y cognitivo durante el ingreso hospitalario. Además de este deterioro, los pacientes frágiles hospitalizados tienen estancias hospitalarias más prolongadas, una tasa mayor de reingresos, y mayor mortalidad intrahospitalaria, que aquellos pacientes sin criterios de fragilidad^{2,3}.

Estos resultados desfavorables son debidos, en gran parte, a la propia patología que lleva al ingreso hospitalario. La enfermedad produce, entre otros, un descenso en la actividad física, y un riesgo incrementado de delirium y de desnutrición. Sin embargo, debemos tener en cuenta que el medio hospitalario y su organización contribuyen a la pérdida de independencia del paciente, promoviendo la inactividad, la dependencia forzada en las actividades básicas y el delirium⁴⁻⁶. Otros elementos que forman parte del tratamiento, como las vías periféricas, las sondas urinarias

o la polifarmacia, también se han identificado como factor de riesgo para el incremento de la dependencia⁴.

De entre todos los factores anteriormente mencionados es importante destacar la inactividad, por la magnitud que alcanza en el medio hospitalario y su relevancia en el aumento de eventos adversos en pacientes ancianos. Brown et al. analizan la actividad de un grupo de pacientes mayores de 65 años durante la hospitalización obteniendo unos resultados sorprendentes: los pacientes permanecían encamados 20 de las 24 horas del día, y el tiempo medio que dedicaban a la deambulación fue solamente de 43 minutos diarios⁷.

En el momento actual disponemos de suficiente evidencia que avala el ejercicio físico como pilar fundamental en el que apoyarnos para mejorar los resultados al alta en los ancianos y, especialmente, en los ancianos frágiles^{8,9}. Recientemente, un equipo español ha evaluado el efecto de un programa de ejercicio físico en pacientes ancianos hospitalizados en un Servicio de Geriátría. Concluyen que un entrenamiento basado en ejercicios de resistencia de moderada intensidad, equilibrio y deambulación es capaz de revertir el deterioro funcional asociado al ingreso hospitalario (medido como pérdida de puntuación en la escala de Barthel y en el Short Physical Performance Battery)⁹.

Con estos datos, en nuestro centro decidimos adaptar una unidad de hospitalización a las necesidades del anciano

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ana.castaneda@hospitalreyjuancarlos.es (A.C. Pastor).

con criterios de fragilidad, con el objetivo de disminuir el deterioro funcional al alta. Para ello, hemos pasado de un modelo tradicional de cuidado centrado en la enfermedad a un modelo que da mayor importancia al paciente y su funcionalidad, en el que cobran un protagonismo especial las enfermeras y auxiliares de enfermería.

La medida central en la que se basan los cuidados en esta unidad es la actividad física. Los pacientes se movilizan de forma precoz al sillón una vez alcanzada la estabilidad clínica inicial y se promueve constantemente la deambulación. Para ello, se facilitan ayudas técnicas (andadores, oxigenoterapia portátil...), ayuda física por parte del personal, y se instruye a las familias para que se impliquen en la movilización. Además, se favorece el autocuidado, incentivando al paciente a realizar las actividades básicas que habitualmente realiza en su domicilio, incluyendo el baño y aseo diarios. Como complemento al incremento en la actividad física, los pacientes acuden a terapia ocupacional, en la que fundamentalmente se realiza estimulación cognitiva. Finalmente, con el objetivo de evitar el delirium y favorecer un descanso nocturno adecuado, los horarios de administración de medicación, toma de constantes vitales y extracciones analíticas se realizan fuera del horario nocturno, adaptándolos a los horarios de las comidas.

Respecto a la atención médica, se realiza el manejo habitual de la patología que condiciona el ingreso, prestando especial atención a síndromes geriátricos como la desnutrición o el delirium y extremando el cuidado de detalles como la indicación de retirada precoz de dispositivos (sondas urinarias, sueroterapia y vías).

Con estas medidas, que suponen casi exclusivamente un cambio organizativo y cultural del personal, hemos obtenido unos resultados satisfactorios. Los pacientes de la unidad presentan una estancia media inferior y menor mortalidad que aquellos con características similares que ingresan en planta convencional de Medicina Interna y Geriátrica de nuestro centro. En cuanto a la funcionalidad, se reduce el número de pacientes con incapacidad para deambular al alta en casi un 20%, y la pérdida de continencia urinaria en un 6%.

Sería interesante que este cambio cultural del personal y, en consecuencia, en el modelo de atención hospitalaria, se pudiese extender y adaptar a las distintas unidades de los centros hospitalarios, como en las unidades de cuidados intensivos, en las que la prevalencia del paciente frágil es del 30%¹⁰.

Promover y favorecer medidas que eviten el deterioro funcional asociado al ingreso hospitalario, de forma

especial en el anciano frágil por su mayor vulnerabilidad, pero igualmente útil en todos y cada uno de los pacientes que se atienden en nuestros centros, debería pasar a ser una prioridad para todos los profesionales de la salud. Con ello, contribuiremos a mejorar la calidad de vida de los pacientes y reduciremos costes emocionales y económicos, que tan importantes son para la sociedad.

Conflictos de interés

Ninguno de los autores tiene conflictos de interés.

Bibliografía

1. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001;56:146–56.
2. Basile G, Catalano A, Mandraffino G, Maltese G, Alibrandi A, Ciancio G, et al. Frailty modifications and prognostic impact in older patients admitted in acute care. *Aging Clin Exp Res.* 2019;31:151–5.
3. Wallis SJ, Wall J, Biram RWS, Romero-Ortuno R. Association of the clinical frailty scale with hospital outcomes. *An International Journal of Medicine.* 2015;0:1–7.
4. Arora VM, Plein C, Chen S, Siddique J, Sachs GA, Meltzer DOL. Relationship between quality of care and functional decline in hospitalized vulnerable elders. *Med Care.* 2009;47:895–901.
5. Covinsky KE, Pierluissi E, Johnston CB. Hospitalization-associated disability: "She was probably able to ambulate", but I'm not sure. *JAMA.* 2011;306:1782–93.
6. Sourdet S, Lafont C, Rolland Y, Nourhashemi F, Andrieu S, Vellas B. Preventable iatrogenic disability in elderly patients during hospitalization. *JAMDA.* 2015;16:674–81.
7. Brown CJ, Reden DT, Flood KL, Allman RM. The underrecognized epidemic of low mobility during hospitalization of older adults. *JAGS.* 2009;57:1660–5.
8. Maayan A, Zisberg A, Gil E, Rand D, Gur-Yaish D, Azriel M. Association between 900 steps a day and functional decline in older hospitalized patients. *JAMA Intern Med.* 2017;177:272–4.
9. Martínez-Velilla N, Casas-Herrero A, Zambom-Ferraresi F, López Sáez De Asteasu M, Lucia A, Galbete A, et al. Effect of exercise intervention on functional decline in very elderly patients during acute hospitalization A randomized clinical trial. *JAMA Intern Med.* 2019;179:28–36.
10. Muscedere J, Waters B, Varambally A, Bagshaw SM, Boyd JG, Maslove D, Sibley S, Rockwood K. The impact of frailty on intensive care unit outcomes: a systematic review and meta-analysis. *IntensiveCareMed.* 2017;43:1105–22.