



## REVISIÓN

## Revisión sobre el deterioro funcional en el anciano asociado al ingreso por enfermedad aguda

Carmen María Osuna-Pozo\*, Javier Ortiz-Alonso, Maite Vidán, Guillermo Ferreira y José Antonio Serra-Rexach

Servicio de Geriatria, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

## Historia del artículo:

Recibido el 4 de junio de 2013

Aceptado el 1 de agosto de 2013

On-line el 11 de febrero de 2014

## Palabras clave:

Deterioro funcional

Hospitalización

Paciente mayor

Inmovilidad

Ejercicio físico

## RESUMEN

El ingreso hospitalario supone un riesgo para el paciente mayor, con alta probabilidad de sufrir eventos adversos, entre los que destaca el deterioro funcional asociado, por su alta frecuencia y el grave impacto sobre la calidad de vida que produce. Los principales factores de riesgo del deterioro funcional asociado al ingreso hospitalario son la edad avanzada, la inmovilidad, las alteraciones cognitivas y la situación funcional previa al ingreso. Es preciso detectar a tiempo al paciente de riesgo para poner en marcha las medidas necesarias para evitar este deterioro, entre las que destacan el ejercicio físico y la atención geriátrica multidisciplinar.

© 2013 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### Review of functional impairment associated with acute illness in the elderly

## ABSTRACT

Hospitalization is a risk for elderly population, with a high probability of having adverse events. The most important one is functional impairment, due to its high prevalence and the serious impact it has on the quality of life. The main risk factors for functional decline associated with hospitalization are, age, immobility, cognitive impairment, and functional status prior to admission. It is necessary to detect patients at risk in order to implement the necessary actions to prevent this deterioration, with physical exercise and multidisciplinary geriatric care being the most important.

© 2013 SEGG. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Keywords:

Functional impairment

Hospitalization

Elderly

Immobility

Physical exercise

### Introducción

El envejecimiento de la población trae consigo un aumento del número de las personas mayores que ingresan en los hospitales y se espera que dicha tendencia continúe en el futuro. Así, 4 de cada 10 personas dadas de alta hospitalaria en España en el año 2011 eran mayores de 65 años y de ellos el 64,4% tenían más de 74 años<sup>1</sup>.

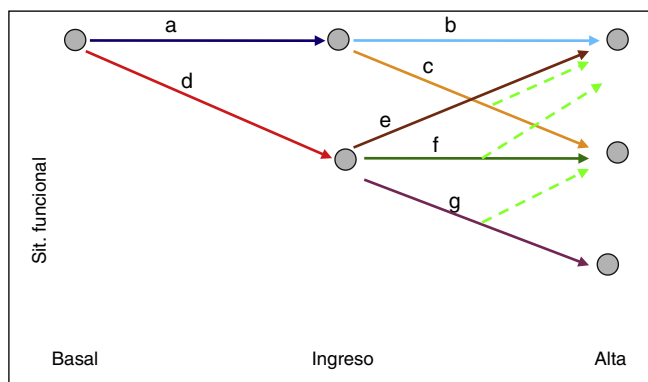
La hospitalización es en sí misma una situación de riesgo para la población mayor, especialmente para los muy mayores. Los ancianos que requieren ingreso hospitalario suelen tener unas características (edad muy avanzada, pluripatología, polifarmacia, problemas en la esfera funcional, mental y sociofamiliar) que les

hacen más susceptibles a sufrir complicaciones. El deterioro funcional (DF) es una de las más importantes, por su elevada frecuencia y por las graves consecuencias que trae consigo, como son la dependencia, institucionalización, mayor consumo de recursos sanitarios y aumento de la mortalidad<sup>2-7</sup>.

Frecuentemente los pacientes mayores son dados de alta del hospital habiéndose resuelto el proceso agudo que motivó el ingreso, pero con un importante DF respecto a la situación funcional previa al ingreso, ya sea en la capacidad de caminar ya en la independencia para realizar las actividades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentales. Esto es debido a la interacción entre los cambios asociados al envejecimiento normal con los factores negativos derivados de la hospitalización (enfermedad aguda, inmovilización, fármacos, etc.) que desencadena toda una serie de fenómenos adversos en cascada que tienen como resultado final la aparición de DF<sup>8</sup>.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [camio@yahoo.es](mailto:camio@yahoo.es) (C.M. Osuna-Pozo).



**Figura 1.** Diferentes trayectorias funcionales del anciano asociadas al ingreso por enfermedad aguda.

Pacientes que ingresan sin deterioro funcional (DF) respecto a su situación basal (a). Algunos son dados de alta del hospital sin DF (b) y otros se deterioran en el ingreso (c).

Pacientes que ingresan con DF respecto a su situación basal (d) y podrán, durante el ingreso hospitalario, recuperarse (e), no mejorar (f) o incluso empeorar (g).

En todos los casos, habrá posibilidad de recuperarse total o parcialmente si se adoptan a tiempo las medidas adecuadas (flechas discontinuas).

Modificada de Covinsky et al.<sup>2</sup>.

Muchos de los factores asociados a la hospitalización que contribuyen a la aparición del DF son potencialmente modificables, por lo que es necesario que sepamos identificarlos a tiempo y poner en marcha las medidas oportunas para corregirlos. Para ello será necesario el trabajo conjunto de los diferentes profesionales que participan en la atención del paciente mayor hospitalizado, preferiblemente en forma de equipos multidisciplinares. Además, será de capital importancia implicar en este proceso al propio paciente y a sus cuidadores.

A la hora de hablar sobre DF hospitalario (DFH) debemos tener en cuenta las diferentes trayectorias que puede seguir la situación funcional de las personas mayores ante una enfermedad aguda<sup>2,3,7,9-12</sup>. Así, algunos pacientes presentan DF desde el inicio del proceso agudo, en el periodo previo a la hospitalización, que es el más frecuente y está más relacionado con la severidad de la enfermedad aguda (deterioro prehospitalización). Otros pacientes ingresan en el hospital sin cambio en su situación funcional y se deterioran a lo largo de ingreso como consecuencia de la disminución de la movilidad y de otros factores asociados a la hospitalización (deterioro intrahospitalario). A lo largo del ingreso será posible la recuperación funcional parcial o total si se adoptan las medidas adecuadas (fig. 1).

La definición de DFH más empleada en la literatura hace referencia a la pérdida de la capacidad para realizar al menos una actividad básica de la vida diaria (ABVD) (comer, ducharse, usar WC, vestirse, continencia de esfínteres, levantarse de la cama o silla y caminar) en el momento del alta respecto a la situación basal (considerada como 2 semanas antes del inicio de la enfermedad aguda) y que denominaremos DFH global (incluye el deterioro prehospitalización y el deterioro intrahospitalario). En esta revisión repasaremos todos los aspectos relacionados con la aparición de DFH, su prevalencia, consecuencias y principales factores de riesgo (FR). Revisaremos asimismo las diferentes escalas para medir el riesgo de sufrir DFH y por último hablaremos sobre las diferentes estrategias de intervención.

## Prevalencia

Existe gran variabilidad en la prevalencia de DFH entre los distintos trabajos publicados, debido principalmente a las diferencias en

la población (edad, comorbilidad, situación funcional previa, etc.), en la metodología para medir el DF y en las unidades de hospitalización estudiadas. A pesar de ello, los datos obtenidos en los mismos dan buena cuenta de la importancia del problema.

En la tabla 1 se resumen algunos estudios observacionales sobre el DFH. Los trabajos clásicos de Covinsky et al.<sup>2</sup> y Sager et al.<sup>13</sup>, realizados para estudiar la evolución funcional de los pacientes mayores de 70 años ingresados en unidades de medicina interna, describen que el 31 y 35% respectivamente de los pacientes dados de alta presentaron DFH global. Datos similares se obtuvieron en el estudio HOPE<sup>14</sup>, en el que además los pacientes presentaron una pérdida funcional relevante (el 40% de los que mostraron deterioro al alta fue debido al deterioro en 3 o más de las ABVD). En un estudio reciente, Zisberg et al.<sup>9</sup> describen un 46% de DFH global en mayores de 70 años ingresados en medicina interna. En España, hay descrita una incidencia de DF al ingreso del 64,6%<sup>11</sup> y del 70,6%<sup>15</sup>. En el trabajo realizado por Abizanda et al.<sup>16</sup> en una población muy vulnerable ingresada en una unidad geriátrica de agudos (UGA) (con elevada edad media, comorbilidad y peor situación previa) se describe un porcentaje de DFH global del 83,7% y en pacientes nonagenarios esta tasa fue del 88% según describen Formiga et al.<sup>17</sup>. En nuestro grupo, en un trabajo realizado para analizar las diferencias en el DF entre los servicios de medicina interna y geriatría, se obtuvo una tasa de DFH global del 60,2% y del 48% respectivamente<sup>18</sup>.

## Evolución

Varios trabajos analizan la evolución funcional de los pacientes tras el alta hospitalaria. En la población estudiada por Zisberg et al.<sup>9</sup>, al mes del alta hospitalaria el 49 y el 57% presentaban deterioro en alguna ABVD o instrumental (AIVD) respectivamente. En estudios de seguimiento a 3 meses, el 40% presentaban deterioro en alguna AIVD<sup>13</sup> y el 19% en las ABVD<sup>13,14</sup>. A los 6 meses del alta, Chen et al.<sup>19</sup> describen que el 32% de su población tenía algún deterioro en las ABVD. Por último, en un estudio de seguimiento a un año tras el alta hospitalaria, en el que se comparó la evolución de los pacientes dados de alta con DFH global frente a los que no sufrieron deterioro, se observó que el 28,6% de los que presentaron DFH seguía mostrando al año alguna limitación para realizar las ABVD, mientras que entre el grupo que no sufrió DFH los que presentaban alguna dependencia en las ABVD eran solo el 15,2%<sup>3</sup>. Estos resultados de deterioro-recuperación funcional son similares al pronóstico de otros procesos severamente discapacitantes, como la fractura de cadera o el ictus<sup>20,21</sup>.

## Consecuencias

Las consecuencias del DFH suelen ser severas, pudiendo superar a veces en gravedad a la enfermedad aguda que motivó el ingreso<sup>22</sup>. Los pacientes que sufren DFH tienen peor evolución y un mayor consumo de recursos sanitarios y sociales. Así, se ha descrito que los pacientes con DFH tienen peor evolución clínica, mayor número de complicaciones, mayor estancia hospitalaria, mayor coste y aumento de los reingresos<sup>5,13,23,24</sup>. Además, se ha visto cómo la ausencia de recuperación funcional en el ingreso entre aquellos que sufren DFH se asocia con un aumento de la mortalidad tras el alta<sup>25</sup>. Por último, los pacientes con DFH tienen mayor necesidad de derivación a hospitales de larga estancia<sup>26</sup> y mayor tasa de institucionalización al alta<sup>7,13,23,24,27,28</sup>.

Asimismo, el DFH ha sido identificado como un claro FR de mortalidad<sup>3,13,16,29</sup>. Boyd et al.<sup>3</sup> describieron cómo al año del alta más del 41% de los pacientes con DFH habían fallecido frente al 18% de los que no presentaron deterioro durante la hospitalización. Este dato del 40% de mortalidad al año es incluso peor que el descrito tras la fractura de cadera<sup>30</sup>.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/938485>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/938485>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)