



EDITORIAL

Valoración geriátrica integral y recuperación funcional en unidades de media-larga estancia

Integral geriatric assessment and functional recovery in middle-long stay units

La discapacidad en ancianos está identificada como un resultado en salud de especial relevancia. La discapacidad condiciona directamente la percepción de calidad de vida y está asociada, entre otros, a un incremento en la probabilidad de institucionalización y de reingresos, a mayor carga del cuidador principal y a un aumento de la mortalidad. Este deterioro funcional suele acompañar al proceso de envejecimiento, pero la hospitalización es una de las situaciones vitales que lo disminuye bruscamente. El grado de deterioro de la funcionalidad durante la hospitalización no está relacionado sólo con la discapacidad previa o la enfermedad que motiva el ingreso, también se relaciona con los cuidados aplicados durante éste. Se ha demostrado que la aplicación en este período de cuidados generados a partir de la valoración geriátrica integral —que incluyan al menos las áreas clínica, psicoafectiva, sociofamiliar y funcional— producen beneficios en salud, específicamente una mejora en las actividades básicas de la vida diaria¹. Los cuidados en rehabilitación constituyen un elemento nuclear de estos programas².

El grado de deterioro funcional durante la hospitalización se ha asociado a múltiples variables, a menudo relacionadas entre sí. Se han descrito, entre otras, la mayor edad, el género femenino, el mayor deterioro funcional —tanto en actividades básicas como en las instrumentales de la vida diaria—, el menor soporte social y la procedencia de residencias o centros sociosanitarios³. Entre las variables clínicas asociadas se han descrito las enfermedades crónicas —integradas en el índice de Charlson— y su gravedad evaluadas mediante la Cumulative Illness Ratings Scale, estableciéndose con mayor peso la enfermedad cardiovascular o respiratoria, la enfermedad metastásica, la demencia, la diabetes mellitus o la hipoalbuminemia⁴. Utilizando algunas de estas variables, generadas desde la valoración geriátrica integral, se han establecido sistemas de identificación validados, como la escala Hospital Admission Risk Profile, entre otros, que ayudan a reconocer a

los pacientes con mayor riesgo de deterioro funcional y, por tanto, a los que potencialmente más se pueden beneficiar de intervenciones integrales, mejorando la eficiencia⁵. No obstante, y con frecuencia, la transferencia de este marco teórico a la práctica clínica ofrece dificultades, tanto de validez externa —ya que esta escala no está testada en pacientes que vivían en una residencia previamente o porque el peso asignado a cada condición varía según la población estudiada— como de la confrontación que a veces se produce entre los principios éticos de beneficencia y de justicia.

La evaluación de los resultados de la valoración geriátrica integral y los cuidados generados de ella —específicamente los de rehabilitación— han sido desarrollados hasta ahora, fundamentalmente, en unidades de rehabilitación geriátrica y con condiciones parcialmente privilegiadas⁶. En la actualidad no está suficientemente definida la efectividad de una actividad rehabilitadora en unidades de media o larga estancia, más polivalentes y dentro de la esfera de la actividad profesional del internista, donde las características de los pacientes y el objetivo del internamiento son distintos a los evaluados hasta ahora. Tampoco se han definido —en este escenario— los factores asociados a una mejor recuperación funcional o a una nueva institucionalización.

En este número de Revista Clínica Española, Castellano et al⁷ estudian la efectividad de la intervención geriátrica integral, específicamente la intervención rehabilitadora, en una unidad polivalente de media y larga estancia. Realiza esta intervención un equipo multidisciplinario formado por internistas, enfermeras, rehabilitadores, fisioterapeutas y trabajadores sociales. La variable principal del estudio se focaliza en la mejora de la capacidad funcional y en el riesgo de una nueva institucionalización, identificando los factores asociados a estas dos variables.

Los resultados obtenidos son destacables: la intervención rehabilitadora, en el contexto de la actividad

multidisciplinaria, consigue que el 53% de los pacientes ingresados alcance una ganancia funcional clínicamente relevante (más de 20 puntos en el índice de Barthel en el momento del alta con respecto a la puntuación obtenida al ingreso). Un tercio de los pacientes posibles consiguieron al alta una aceptable independencia para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel por encima de 60 puntos). La población estudiada, sobre la que se ha demostrado beneficio, es representativa de los pacientes que atendemos a diario, por cuanto presentaban una comorbilidad importante (Charlson medio de 2,8), baja funcionalidad (Barthel al ingreso de 16,1 puntos), un 30% vivían solos y una proporción elevada había ingresado por patología cardiorrespiratoria e infecciones, patología neurológica aguda, fracturas, etc. necesitando unos requerimientos importantes de cuidados de enfermería. Es de resaltar también que hasta un 13% de los pacientes evaluados eran menores de 65 años. Los autores definen en el análisis multivariante las variables asociadas con mejor recuperación funcional o con mayor probabilidad de una nueva institucionalización, siendo los resultados en este sentido concordantes con los hallazgos de estudios similares^{2,6}. Junto a estos resultados hay que indicar, no obstante, que los pacientes presentaron una elevada estancia media (media \pm DE; 86,0 \pm 65,7 días), una baja eficiencia de la ganancia funcional y un porcentaje de nueva institucionalización al alta superior a otros estudios³.

La relevancia del trabajo de Castellano et al⁷ reside fundamentalmente en el tipo de población estudiada y en el ámbito de trabajo donde se realiza. Estas dos características son muy representativas de la población que atendemos y nos permiten vislumbrar propuestas asistenciales futuras. Además, también es relevante por la incorporación de variables poco evaluadas hasta ahora, como la desnutrición (escala del Mini Nutritional Assessment) y la polifarmacia, en la que se incluye la identificación de psicofármacos.

Hubiera sido deseable una descripción más profunda de la evaluación sociofamiliar realizada, incluyendo sobre-carga de la persona cuidadora y si ésta es hombre o mujer, incorporando así el cambio existente en la actualidad en la actividad social del cuidador principal femenino⁸. También habría aportado información la aplicación de escalas validadas, como la Probability Home Discharge, que permiten establecer la probabilidad de que el paciente atendido en este ámbito sea derivado al alta a su domicilio. Tal como indican los autores, no se realizó una evaluación de resultados a los 12 meses, por lo que asumimos —al no describirse en el estudio— que no están desarrolladas estrategias de continuidad asistencial con atención primaria.

Los resultados del trabajo de Castellano et al⁷ publicados en este número son importantes por varios motivos. En primer lugar, permiten difundir estrategias de valoración geriátrica integral multidisciplinaria y cuidados derivados de ésta a otras unidades polivalentes de media y larga estancia de Medicina Interna. El desarrollo de esta actividad exige incorporar como elementos de mejora destacables la valoración geriátrica integral a las capacitaciones del internista, tal como está indicado expresamente en el nuevo plan de formación de la especialidad⁹. En segundo lugar, el trabajo estimula a mejorar la

eficiencia de estas unidades mediante diversas actuaciones, como la selección adecuada de pacientes al ingreso, la identificación precoz de los que probablemente vayan a requerir traslado a residencias y el desarrollo de programas de continuidad asistencial —siguiendo las recomendaciones nacionales e internacionales— para un mejor control de las enfermedades crónicas de los pacientes que se remitan a su domicilio, y así reducir la tasa de nuevas institucionalizaciones. Junto a esto, también se hace necesario profundizar en el conocimiento del pronóstico, como indicador clínico habitual, que facilite la asignación racional de recursos recogidos en la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia¹⁰.

En definitiva, la actividad rehabilitadora, dentro de la valoración geriátrica integral multidisciplinaria, se ha mostrado efectiva para mejorar la funcionalidad de pacientes ingresados en unidades polivalentes de media y larga estancia de Medicina Interna. Estas unidades son atendidas por internistas y, para mejorar su eficiencia, es útil incorporar escalas validadas para seleccionar a los pacientes que más pueden beneficiarse así como para desarrollar estrategias de continuidad asistencial. Finalmente, para que esta actividad rehabilitadora pueda desarrollarse en otros ámbitos geográficos, es necesario incorporar a la práctica clínica sistemas de valoración geriátrica integral. Estas estrategias parecen tener también similar eficacia en hospitales de agudos.

Bibliografía

1. Cohen HJ, Feussner JR, Weinberger M, Carnes M, Hamdy RC, Hsieh F, et al. A controlled trial of inpatient and outpatient geriatric evaluation and management. *N Engl J Med.* 2002;346:905-12.
2. Baután JJ, Suárez-García FM, López-Arrieta J, Rodríguez-Mañas L, Rodríguez-Artalejo F. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: Meta-analysis. *BMJ.* 2009;338:b50, doi:10.1136/bmj.b50.
3. Miralles R. Selección de pacientes en una unidad geriátrica de media estancia o convalecencia: factores pronósticos. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2000;35:38-46.
4. Salvi F, Miller MD, Grilli A, Giorgi R, Towers AL, Morichi V, et al. A manual of guidelines to score the modified cumulative illness rating scale and its validation in acute hospitalized elderly patients. *J Am Geriatr Soc.* 2008;56:1926-31.
5. Hoogerdijk JG, Schuurmans MJ, Duijnstee MS, De Rooij SE, Grypdonck MF. A systematic review of predictors and screening instruments to identify older hospitalized patients at risk for functional decline. *Clin Nurs.* 2007;16:46-57.
6. Bellelli G, Magnifico F, Trabucchi M. Outcomes at 12 months in a population of elderly patients discharged from a rehabilitation unit. *J Am Med Dir Assoc.* 2008;9:55-64.
7. Castellano E, Gómez Pajares F, Rochina Puchades A, Gil Egea M. Factores asociados a mejoría funcional y nueva institucionalización en enfermos con intervención rehabilitadora en una unidad de media-larga estancia. *Rev Clin Esp.* 2009 10.1016/j.rce.2009.06.004.
8. Monleón M, Dávalos RK, Polo A, Villacañas E. Perfil sociocultural del cuidador principal de la persona mayor dependiente y su formación específica en cuidados. *Enfermería Comunitaria.* 2007;3:20-5.

9. Programa oficial de la Especialidad de Medicina Interna. BOE n.º 33;5755-9 (Feb. 7, 2007).
10. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE n.º 39;44142-56 (Dic. 15, 2006).

A. Fernández Moyano
Grupo de Trabajo de Paciente Pluripatológico y Edad Avanzada, Hospital S. Juan de Dios del Aljarafe, Bormujos, Sevilla, España
Correo electrónico: afernandez@aljarafe.sjd.es