

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Fundada en 1551

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSTGRADO**



Tesis

Digitales UNMSM

“ALTERACIÓN DEL GRADO FUNCIONAL EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS HOSPITALIZADOS EN LA CLÍNICA GERIATRICA SAN JOSE - PNP”

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de :

ESPECIALISTA EN GERIATRÍA

AUTORA

PETRONILA SOLEDAD FARFAN SALAS

**LIMA – PERÚ
2003**

**A mi querido esposo:
Por su paciencia y apoyo
incondicional, que contribuyó
para cristalizar mis metas.**

**A mis hijos:
Por que han sido el estímulo
que me impulsaron a seguir
adelante.**

**A mis Padres:
Por sus consejos sabios,
el ejemplo a seguir y el
amor que siempre me han
brindado.**

INDICE

1. Introducción
2. Antecedentes
3. Materiales y métodos
4. Resultados
5. Discusión
6. Recomendaciones
7. Bibliografía básica
8. Anexos

INTRODUCCION.

ANTECEDENTES

Existe un crecimiento acelerado de la población anciana a nivel mundial, incluyendo nuestro País, especialmente en el grupo de los viejos-viejos (mayores de 80 años) la cual se está triplicando (33), dicha tendencia también se refleja en los porcentajes de ocupación hospitalaria. (34), que se encuentra entre un 30- 40% en los hospitales de nuestro País.

Numerosos estudios demuestran el impacto de la hospitalización sobre el estado funcional de pacientes ancianos hospitalizados, los cuales presentan un deterioro funcional en un 34-65% (4,6, 10,11,12,13,14). Siendo la recuperación mas lenta (11), retornando a su estado basal solo un 50% , luego de tres meses del alta (9), por otro lado este grupo de pacientes son mas susceptibles de sufrir eventos adversos durante la hospitalización (4-45%) siendo 3- 5 veces mas frecuentes que en jóvenes(11, 15, 16, 17), los cuales están relacionados con el mayor número de comorbilidades mas que con la edad por sí sola.(26).

El deterioro funcional basal y los cambios durante la hospitalización, son predictores independientes de mortalidad y morbilidad al alta (2,3,5,8). Así mismo la valoración del estado funcional contribuye a mejorar la capacidad predictiva y pronóstica de otros índices de mortalidad. (18).

La Valoración Geriátrica Integral (VGI) es definida como un sistema de evaluación interdisciplinaria en la cual son abordados descritos y si es posible explicados los múltiples problemas del anciano , así como los recursos y fortalezas con las que cuenta, para determinar la necesidad de servicios y

coordinar el desarrollo de un plan de cuidados, enfocado hacia la intervención de problemas. La VGI, incluye el abordaje del paciente en sus diversos dominios.(físico, social, mental, económico, funcional y ambiental) mediante una serie de instrumentos y escalas(19, 21, 25, 27).

Ante la ausencia de estudios previos en nuestro país en el presente trabajo se buscó evaluar la variación del grado funcional de los pacientes ancianos del Servicio de Hospitalización de la Clínica Geriátrica San José PNP.

MATERIALES Y METODOS.

Realizamos un estudio de tipo observacional, prospectivo, de cohortes, randomizado, ciego único, Se captará las historias clínicas de todos los paciente hospitalizados en la Clínica Geriátrica “San José” – Policía Nacional del Perú. Del 01/04/2002 al 30/09/2002.

Durante el periodo de estudio 240 pacientes mayores de 60 años fueron admitidos en el servicio de hospitalización, de los cuales 148 pacientes fueron seleccionados al azar, usando el software estadístico SPSS v. 9.0 for Windows. De ellos, 12 pacientes fueron excluidos por que eran dependientes en todas las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), transferencia de otros servicios (especialidades medicas o quirúrgicas), pacientes intubados, demencia severa, cáncer terminal, afasia severa, alta antes de las 24 horas, internamiento para procedimientos (cateterismo, colonoscopias, etc) o internamiento en el servicio de clínica. El consentimiento informado fue obtenido oralmente del paciente o cuidador.

La clínica geriátrica “San José” depende de la Dirección Nacional de la Sanidad de la Policía Nacional del Perú, quién a su vez depende del Ministerio del Interior. La Clínica Geriátrica inicia su atención al adulto mayor de la PNP y sus familiares desde el 10 de Junio del 1999.

Este nosocomio cuenta en el primer nivel con los siguientes consultorios y servicios especializados de Geriatria, Clínica de Día, psicología, foniartría, podología, servicio social, nutrición, medicina física y rehabilitación, atención domiciliaria geriátrica (ADOGE), entre otras especialidades. En un segundo

piso están las instalaciones del servicio de Hospitalización que tiene una capacidad instalada de 50 camas.

Los datos fueron obtenidos dentro de las primeras 48 horas, de las historias clínicas y por medio de una entrevista estructuradas al paciente , cuidador y/o familiar y también se realizo otra entrevista el día del alta, dicha información incluía: aspectos demográficos, motivo de admisión, diagnósticos de ingreso, el pronostico mediante el índice de charlson (0, 1 y 2 o mas), síndromes geriátricos, valoración geriátrica integral, se evaluó los siguientes dominios: aspecto funcional: índice de KATZ basal (15 días previos a la admisión), admisión (dentro de las primeras 48 horas) y el día del alta, para fines del análisis estadístico se considero la escala numérica (numero de ABVD perdidas), así como también se determino el tiempo de estancia hospitalaria. Dichos datos se recogieron en una ficha previamente diseñada .

La variable principal fue variación en el numero de ABVD desde el basal al alta el estado funcional fue clasificado en dos grupos : igual o mejor si el numero ABVD se mantuvo o mejoro al alta respecto al basal y como peor si se presento perdida en el numero de estas según la escala de KATZ. La diferencia entre ambos grupos se determino mediante el test Chi cuadrado para variables categóricas, se utilizo el análisis de Regresión Logística Ordinal Estratificado y Multivariable para el caso de confusores potenciales, todos los test estadísticos fueron con un nivel de significancia estadística $p = 0.05$, $\beta = 0.8$. Para el procesamiento y análisis de datos se utilizo el programa estadístico SPSS versión 11.

RESULTADOS.

Características basales:

Las características basales son descritos en la tabla (Tabla 1) en relación a la edad el promedio fue de 79.6 años, con una DS de 6.8 años, en relación al sexo no hubo diferencias significativas, 38.2% fueron varones y 61.8% mujeres, observándose un ligero incremento en el grupo femenino ($p=0.02$). Según el lugar de procedencia la mayoría fueron ingresados del servicio de emergencia (79.4%), el motivo de admisión fueron patologías cardiovasculares (8.8%), seguidos por los respiratorios (26.5%) y gastrointestinales (17.6%). En relación al KATZ basal y del alta hubo un déficit de intervención (1.66 vs. 1.84 $p > 0.01$), sin presentar una diferencias significativa; en escala de Charlson (3.62).

Variación del índice de KATZ al alta en relación al basal.

El índice de KATZ al alta (tabla 2) se mantuvo igual o mejor en 110 (**80.9%**), empeoraron su estado funcional en 26 casos (**19.1%**), lo cual representa un Riesgo Relativo de 2.83, IC (1.31 – 6.03), 95%. (Tabla 3).

Variación en el número de ABVD al alta en relación al basal.

El numero de ABVD perdidas (tab. 4) observados fueron: 1.66 (basal) y 1.84 (alta), representando una perdida de 0.18 ABVD, 95%, IC. (0.05 – 0.95) $p > 0.01$, no presentando una diferencia significativa. El numero de pacientes que corren riesgo de experimentar deterioro funcional durante la hospitalización es 1 de cada 5.5 pacientes en el servicio de geriatría.

Estancia hospitalaria.

El tiempo de estancia hospitalaria fue de 8.51 +/- 4.39 días (p = 0.012).
(Tabla 1)

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS BASALES DE LOS CASOS

| Variable | Casos (n=136) | | P |
|-------------------------------------|-----------------------|--------|--------|
| | Edad. Media años (DS) | 79.6 | |
| Sexo | | | |
| Masculino (%) | 52 | (38.2) | |
| Femenino (%) | 84 | (61.8) | 0.02 |
| Lugar procedencia | | | |
| Consultorios externos (%) | 28 | (20.6) | |
| Emergencia (%) | 108 | (79.4) | |
| Motivo de admisión | | | |
| Neurológicos (%) | 2 | (1.5) | |
| Cardiovasculares (%) | 12 | (8.8) | |
| Respiratorio (%) | 36 | (26.5) | |
| Gastrointestinal (%) | 24 | (17.6) | |
| Metabólicos (%) | 6 | (4.4) | |
| Renales (%) | 20 | (14.7) | |
| Otros (%) | 36 | (26.5) | |
| Indice de Katz * | | | |
| Basal (DS) | 1.66 | (1.87) | |
| Alta (DS) | 1.84 | (1.89) | > 0.01 |
| Indice de Charlson (DS) | 3.62 | (1.98) | 0.17 |
| No. días estancia hospitalaria (DS) | 8.51 | (4.39) | 0.012 |

TABLA 2. VARIACIÓN DEL INDICE DE KATZ AL ALTA EN RELACION AL BASAL

| Variable | Casos | |
|----------------------|-----------------|--------------|
| | N | (%) |
| Sigue igual o mejoró | 11 0 | (80.9) |
| Empeoró | 26 | (19.1) |
| Total | 13 6 | (100) |

TABLA 3. CALCULO DE RIESGO RELATIVO

| Basal | Alta | RR | IC (95%) |
|-------|------|------|-------------|
| 1.66 | 1.84 | 2.83 | 1.31 – 6.03 |

TABLA 4. NUMEROS DE ABVD PERDIDAS AL ALTA HOSPITALARIA, RESPECTO AL BASAL

| No. ABVD perdidas | Basal | Alta | Diferencia | IC (95%) | p | NNH |
|-------------------|-------|------|------------|-------------|-------|-----|
| Casos | 1.66 | 1.84 | 0.18 | 0.05 – 0.95 | 0.001 | 5.5 |

DISCUSIÓN.

Los resultados encontrados en este estudio aportan evidencia clara sobre el deterioro funcional en el paciente mayor de 60 años (22). Presentando un peor estado global de salud en la evaluación basal (edad, katz basal y admisión), sin embargo el riesgo de deterioro funcional al alta fue 2.83 veces mayor, con una estancia hospitalaria significativamente mayor ($p = 0.012$). Los datos que hemos encontrado concuerdan con otros estudios previos. Stuck E. A (20) en un estudio metaanalítico demostró que la VGI tenía un efecto benéfico sobre el estado funcional de pacientes hospitalizados en unidades de cuidados geriátricos a los 12 meses ($OR = 1.72$). Landefeld C. S. (1) encontró que en el grupo de intervención geriátricos el 84% se mantuvieron igual o mejor y empeoraron el 16% en su capacidad para realizar las ABVD al momento del alta, en nuestro trabajo los valores fueron (80.9% y 19.1% respectivamente). Se observó que el 78% se mantuvieron igual o mejor, mientras que el 21% empeoraron, en ese trabajo las cifras fueron (60% y 40% respectivamente), en la diferencia fue estadísticamente significativa ($p = 0.04$). Inouye S.K. (32) diseñó un programa de atención integral al anciano destinado a prevenir el deterioro funcional y cognitivo durante la hospitalización, demostrando disminución en el score de ABVD de 14% en el grupo de intervención versus 33% en el grupo control. Asplund K. (8) encontró disminución significativa en el promedio de estancia hospitalaria (5.9 vs. 7.3 días, $p = 0.02$) y altas a unidades de larga estancia (29% casos vs. 36% controles , $RR 1.17$, 95% , $IC. 0.93 - 1.49$) en pacientes ancianos hospitalizados en salas de agudos con énfasis en la rehabilitación temprana y el alta precoz respecto a unidades de cuidados generales. El tiempo de estancia hospitalaria que encontramos fue de 8.51 +/- 4.39 días ($p = 0.012$).

Reconocemos potenciales limitaciones en la validez de nuestros hallazgos por la imposibilidad de realizar el estudio a doble ciego, así como en el recojo de datos corroborados muchas veces por el familiar o cuidador los cuales

difirieron de los reportados por los pacientes, los posibles errores en el diseño del estudio fueron reducidos mediante la distribución aleatoria de los pacientes ya sea en las unidades de cuidados geriátricos o convencionales.

Los aspectos funcionales no son contemplados en el manejo de pacientes ancianos hospitalizados en las unidades de cuidados convencionales, sin embargo este grupo es altamente vulnerable por su fragilidad, comorbilidades, dependencia previa, polifarmacia, etc, a pesar de que se ha demostrado el impacto negativo de la hospitalización no solo sobre la calidad de vida y autonomía del paciente si no también sobre su capacidad funcional , que el deterioro funcional persiste a través del tiempo y que este puede ser prevenido o disminuido mediante programas especialmente diseñados, en nuestro país no contamos con el numero suficiente de unidades de cuidados geriátricos para pacientes agudos.

Recomendaciones.

Se debe realizar estudios comparativos con los servicios de geriatría y medicina para observar las diferencias que existe en la valoración geriátrica al alta con respecto a su basal en los pacientes mayores de 60 años.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA:

1. Landefeld C. S; Palmer R. M; Denise M. K. 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; 1 995; 332: 1338-44.
2. Albert W, Wu; Yutaca Yasui; Carlos Alzola . Outcomes of hospitalized patients aged 80 years and older. J. Am. Geriatr. Soc; 2000; 48: S6- S15.
3. Covinsky K. E ; M Palmer R. M; Steven R.C. Functional status before hospitalization in acutely ill older adults: validity and clinical importance of retrospective reports. J. Am. Geriatr. Soc; 2000; 48:164- 169.
4. Seung H Kim; Girma W-T; David B Reuben. Predictors of perceived health in hospitalized older persons: Across sectional and longitudinal study. J. Am. Geriatr. Soc; 1 997; 45: 420- 426
5. Hunter C. W; Lindenberger E.; M Chavez C. M. Identifying performance decline. J. Am. Geriatr. Soc; 1 997; 45: 604- 609.
6. Sager M.A; Rudberg M.A; Jalaluddin M. Hospital admission risk profile (HARP): Identifying older patients at risk for functional decline following acute medical illness an hospitalization. J. Am. Geriatr. Soc; 1 996; 44: 251-257.
7. Kane R Ouslander. Essentials of clinical geriatrics. MC. Graw Hill. New York 1 998.
8. Asplund Kjell; Gustafson I; Jacobsson C. Geriatric-based versus general wards for older acute medical patients: A randomised comparison of outcomes and use of resources. J. Am. Geriatr. Soc; 2000; 48: 1381- 1388.
9. Siebens H; Aronow H; Edwards D; Ghazemi Z. A randomized controlled of exercise to improve outcomes of acute hospitalization in older adults. J. Am. Geriatr. Soc; 2000; 48: 1545- 1553.
10. Covinsky K E; Palmer R M; Counsell S. R. Functional status before hospitalization in acutely ill older adults: Validity and clinical importance of retrospective reports. J. Am. Geriatr. Soc; 2000; 48: 164- 169.
11. Gillick M. R; Serell N.A; Gillick L.S. Adverse consequences of hospitalization in the elderly. Soc. Sci. Med; 1 982; 16: 1033- 1038.

12. Warshaw G. A; Moore J.T; Friedman S.W. Functional disability in the hospitalized elderly. JAMA 1982; 248: 847-850.
13. Hirsch C.H; Sommers L; Olsen A. The natural history of functional morbidity in hospitalized older patients. J. Am. Geriatr. Soc; 1990; 38: 1296- 1303.
14. Becker P.M; Mc Vey L.J; Saltz C. C. Hospital- acquired complications in a randomized controlled clinical trial of a geriatric consultation team. J. Am. Geriatr. Soc; 1987; 257: 2313- 2317.
15. Jeffrey M.R; David W.B; Lucian L. L. Preventable medical injuries in older patients. Arch. Intern. Med; 1960: 2717- 2728.
16. Reichel W. Complications in the care of five hundred elderly hospitalized patients. J. Am. Geriatr; 1965; 13 : 973- 981.
17. Jahnigen D. H; Layson L; La Force F. M. Iatrogenic disease in hospitalized elderly veterans. J. Am. Geriatr. Soc; 1982; 30: 387- 390.
18. Inouye S.K; Peduzzi P.N; Robinson J.T. Importance of functional measures in predicting mortality among older hospitalized patients. J. Am. Geriatr. Soc; 1998; 279:1187- 1193.
19. National Institutes of health consensus development conference statement. Geriatric Assessment methods for clinical decision making. NIH Consensus statement. 1997; 6; 13: 1- 21.
20. Stuck A. E; Siu A.L; Wieland D.; Adams J. Comprehensive geriatric assessment: A meta-analysis of controlled trials. The Lancet; 1993; 342: 1032- 1036.
21. Applegate W. B; Blass J.P and Williams F.. Instruments for the functional assessment of older patients. N. Engl. J. Med. 1990; 322: 1207- 1213.
22. Evans G. J. Geriatric Medicine: A brief history . BMJ; 1997; 315: 1075- 1077.
23. Folstein M.F; Folstein S.E and Mc Hugh P.R. "Mini-mental state", a practical method for grading the clinician. J. Psychiat. Res. 1975; 12: 189- 198.
24. Charlson M.E; Pompei P; Ales K.L and Mackenzie C.R. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. J. Chron. Dis. 40: 373- 383.

25. Katz S; Ford A B; Moscovitz R W; Jacson B.A; Jaffe M.W. Studies of illness in the aged: The index of ADL. A standarized measure of biological and psychosocial function. JAMA; 1 963; 185: 914- 919.
26. Thomas E. J; Brennan T.A. Incidence and types of preventable adverse events in elderly patients: population based review of medical records. BMJ. 2000; 328: 741- 744.
27. Abizanda S; Gallego M; Sánchez J; Diaz T. Instrumentos de valoración geriátrica integral en los servicios de geriatría de España. Rev. Esp. Geritr. Gerontol. 2 000; 35: 261- 268.
28. Forster A;Young J; Langhorne P. On behalf of the day hospital group: Systematic review of day hospital care for elderly people. BMJ. 1 999; 318: 837- 843.
29. Van Haastregt J.; Diedericks J; Van Rossum E. Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: Systematic review. BMJ. 2 000; 320: 754- 758.
30. Boulton C; Boulton L.B; Morishita L. A randomized clinical trial of out patient geriatric evaluation and management. J. Am. Geriatr. Soc; 2 002; 49: 351- 359.
31. Reuben D.B; Borok G.M; Wolde- Tsadik G; Ershoff D.H. A randomized trial of comprehensive geriatric assessment in the care of hospitalized patients. . N. Engl. J. Med. 1 995; 332: 1345- 1350.
32. Inouye S.K; Bogardus S.T; Baker D.I. The hospital elder life program: A model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. J. Am. Geriatr. Soc; 2 000; 48: 1697- 1706.
33. Instituto Nacional de Estadística e Informática. (INEI). Perfil sociodemográfico de la tercera edad . Lima Peru 1 995.
34. Salinas D.R. Estudio sobre la necesidad de un servicio de geriatría en un hospital de ESSALUD. Tesis de Bachiller en Medicina Interna. UNMSM. Lima, 1 990.
35. Hazzard W; Reubin A. Principles of geriatric medicine and gerontology .Mc. Graw Hill. New York 1 998.
36. Brochlenhurst J. Textbook of geriatric medicine and gerontology.British library. England 1 985.

ANEXOS

DEFINICION DE TERMINOS:

Valoración del grado funcional. La valoración es la medida de la capacidad funcional para realizar las actividades de la vida diaria (AVD) de forma independiente, es de máxima utilidad y puede realizarse fácilmente.

La VGF de la Cruz Roja, valora las actividades de la vida diaria, deambulación y grado de continencia, con una clasificación de O al V. Como sigue, O: se vale totalmente por sí mismo. I: realiza suficientemente AVD; deambula con alguna dificultad; continencia total. II: alguna dificultad en las AVD, en ocasiones necesita ayuda; deambula con ayuda de bastón; incontinencia ocasional. III: Grave dificultad en varias AVD; deambula ayudado por una persona; incontinencia ocasional. IV: Ayuda para casi todas las AVD; deambula ayudado por 2 personas; incontinencia habitual. V: Dependiente total.

La VGF de acuerdo a la clasificación de Katz, presenta alguna variante, en relación a las actividades de la vida diaria específicas, como son lavarse, vestirse, ir al baño (retrete), moverse, continencia y alimentarse. Los clasifica por letras que van de A a la G, siendo la categoría A, cuando puede realizar todas las actividades mencionadas, B si no puede realizar una de las actividades, C cuando no puede realizar 2 actividades, llegando a G cuando no puede realizar ninguna de las actividades mencionadas, la última habilidad en perderse es el de alimentarse solo.

Hospitalización. Condición de institucionalización inmediata a un centro hospitalario, clínica, de un paciente que presenta una situación aguda mórbida y/o complicación de sus comorbilidades; situación de una persona que necesita institucionalizarse por determinado estudio y/o procedimiento que requiere determinada preparación para tal efecto, o condición de una intervención quirúrgica electiva posterior.

Adulto mayor. Adulto con una edad mayor de 65 años. La sinonimia encontrada son: geronte, paciente anciano, paciente de la tercera edad. Los americanos lo dividen en dos grupos: pacientes ancianos, entre 60 – 75 años de edad (old patients) y, los pacientes muy ancianos, mayores de 75 años (old old patients). Para efecto de nuestro trabajo, llamaremos adulto mayor a los mayores de 60 años.

VALORACION GERIATRICA INTEGRAL: Evaluación multi e interdisciplinaria, en la cual son abordados, descritos y si es posible explicados los múltiples problemas del anciano así como los recursos y fortalezas con las que cuenta, para determinar la necesidad de servicios y coordinar el desarrollo de un plan de cuidados, enfocado hacia la intervención de problemas. La VGI; incluye el abordaje del paciente en su contexto: físico, funcional, mental, socioeconómico y ambiental.

FRAGILIDAD: Se consideran frágiles a aquellos ancianos que presentan uno de los siguientes criterios: edad mayor de 75 años, múltiples comorbilidades, polifarmacia, compromiso funcional o incapacidad recientemente adquirida, deterioro cognitivo, riesgo socioeconómico alto, riesgo de caídas, incontinencia y riesgo de institucionalización.

INDICE DE KATZ: Es una escala de evaluación de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), da una puntuación de tipo ordinal desde la “A” para el grupo que es totalmente independiente hasta la “G” para el grupo totalmente dependiente; evalúa las siguientes ABVD: bañarse, vestirse, uso de retrete, moverse, continencia y alimentación.

ESCALA DE CAPACIDAD FISICA DE LA CRUZ ROJA ESPAÑOLA: Es una escala de valoración de la capacidad funcional, la puntuación va desde “0” para aquellos ancianos totalmente independientes hasta “V” para aquellos totalmente dependientes; evalúa: deambulación, continencia y capacidad para realizar las ABVD.

INDICE DE CHARLSON: Evalúa la comorbilidad del paciente, tiene valor pronostico.

EQUIPO INTERDISCIPLINARIO: Conjunto de profesionales de la salud (geriatra, otras especialidades médicas, enfermera, asistente social, terapistas físico, ocupacional, psicólogo) que en forma conjunta buscan un abordaje integral del paciente con la finalidad de identificar problemas y establecer un plan común de cuidados continuos.