



8 ¹Engracia Fernández
²Montserrat Estévez

¹⁻²DUE. Máster en Enfermería Gerontológica y Geriátrica. Escuela Universitaria de Enfermería de Sant Pau adscrita a la Universidad Autónoma de Barcelona. Enfermera asistencial. Unidad Geriátrica de Agudos. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.

Correspondencia:

Montserrat Estévez y Engracia Fernández
 C/ Piferrer, 101, 3.º 2ª. 08016 Barcelona
 E-mail: mestevez@santpau.cat
 efernandez@santpau.cat

La valoración geriátrica integral en el anciano frágil hospitalizado: revisión sistemática

11

Comprehensive geriatric assessment in the frail elderly hospitalized: systematic revision

RESUMEN

Introducción: el envejecimiento poblacional y la dependencia son términos de mucha preocupación en los países desarrollados. La atención hospitalaria al paciente anciano mediante el modelo tradicional no permite abordar todos sus problemas. La atención a este tipo de pacientes requiere de un instrumento que contemple su estado de salud físico, funcional, social y mental. Las evidencias científicas y los expertos sanitarios coinciden en que la valoración geriátrica integral (VGI) es la herramienta básica y fundamental en la priorización de problemas e intervención en la atención al anciano frágil y geriátrico.

Objetivo: describir y analizar los componentes de la valoración geriátrica integral en el ámbito sanitario para mejorar la detección y prevención del declive funcional en el anciano frágil hospitalizado. **Método:** este estudio se lleva a cabo mediante una revisión bibliográfica en las principales bases de datos: PubMed, Cochrane Library, Joanna Brings, Cinahl, Cuiden, Cuidatge, Lilacs, IME, Enfispo, en el periodo de diciembre del 2009 a enero del 2012. **Conclusiones:** la revisión bibliográfica demuestra la utilidad de la VGI en la atención al paciente frágil. La enfermera, como parte del equipo interdisciplinar y como gestora directa de los cuidados, requiere de formación específica para proporcionar la mejor calidad asistencial.

PALABRAS CLAVE

Anciano frágil, hospitalización, valoración geriátrica integral, envejecimiento, declive funcional, enfermera.

SUMMARY

Background: population aging and dependency are terms of great concern in developed countries. Hospital care for elderly patients using the traditional model can not address all their problems. Attention to this type of patient requires an instrument providing for their physical health status, functional, social and mental health. The scientific evidence and health experts agree that the Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) is the basic and fundamental tool in the prioritization of problems and intervention for the care of frail elderly and geriatric patients. **Objective:** to describe and analyze the components of comprehensive geriatric assessment in health, to improve detection and prevention of functional decline in hospitalized frail elderly. **Method:** this study was conducted by reviewing major bibliographic databases: PubMed, Cochrane Library, Joanna Brings, Cinahl, Cuiden, Cuidatge, Lilacs, EMI Enfispo in the period December 2009 to January 2012. **Conclusions:** the literature review shows the usefulness of the CGA in the care of frail patients. The nurse as part of the interdisciplinary team and as direct care manager requires a specific training to provide the best quality of care.

KEY WORDS

Frail elderly, hospitalized, geriatric assessment, aging functional decline, nurses.

INTRODUCCIÓN

El progresivo envejecimiento de la población en los países desarrollados es uno de los hechos de mayor relevancia en los últimos 30 años. Actualmente, la población española mayor de 65 años representa un 17% y las proyecciones de las Naciones Unidas para el 2050 calculan que España será el tercer país más viejo del mundo, con un 34,1% de población mayor, situándose por detrás de Japón e Italia (1).

El paralelismo entre el envejecimiento y la dependencia son términos que preocupan a los profesionales sanitarios, y no hemos de olvidar que el incremento de personas con discapacidad será mayoritariamente del grupo de personas de más de 80 años.

Actualmente, se estima que el porcentaje de personas con discapacidad entre 80 y 84 años se sitúa alrededor del 41,91% y del 50,80% por encima de los 85 años (2). Las expectativas de futuro

así como la hospitalización de personas con limitaciones funcionales aumentará, y en consecuencia, la demanda de profesionales formados y de cuidados continuados.

Las enfermeras asistenciales han de utilizar las herramientas adecuadas para abordar de la mejor manera posible el proceso de atención del anciano que presenta una situación de equilibrio inestable o fragilidad. Esta atención de calidad e individualizada precisa de una valoración de su estado de salud, su funcionalidad, su salud mental y situación social. Para ello, el instrumento esencial que valora estos componentes y que demuestra su eficacia según indican los estudios empíricos es la valoración geriátrica integral (VGI) (3-6).

Por todo lo anteriormente expuesto, este estudio pretende describir la importancia de la valoración geriátrica integral en el ámbito sanitario; identificar la población diana que requiere una valoración geriátrica integral; describir los componentes de la VGI validados

12 más utilizados para evaluar el riesgo de deterioro funcional en el anciano frágil. Y finalmente, aumentar los criterios de eficacia y eficiencia de los cuidados enfermeros en el anciano frágil institucionalizado.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño

Estudio descriptivo transversal de los trabajos recuperados en la revisión bibliográfica mediante técnica sistemática.

Fuentes de obtención de datos

Se revisó la literatura en las siguientes bases de datos: PubMed, Cochrane Library, Joanna Brings, Cinahl, Cuiden, Cuidatge, Lilacs, IME, Enfispo. Del estudio se consideraron adecuados los descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): “anciano frágil”, anciano hospitalizado”, “valoración geriátrica integral”, “valoración declive funcional” y “enfermería”.

La búsqueda se realizó sin límite de fecha, es decir, desde el comienzo de la indexación en 1984 hasta enero de 2012.

La elección de los documentos se realizó partir de los criterios de inclusión y de la búsqueda de documentos y fuentes de información a partir de las entrevistas con expertos de la Unidad Funcional Interdisciplinaria Sociosanitaria (UFISS) del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

Para determinar la pertenencia de los artículos se evaluaron de forma independiente por los autores, y para dar validez a la selección se estableció que la valoración de la concordancia entre los autores debía de contemplar alguno de los criterios consensuados. Siempre que se cumpliera esta condición, las posibles discordancias se solucionarían mediante la consulta de un experto de la unidad de Geriátrica de Agudos (UGA) del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau y posterior consenso.

Extracción de los datos

En la revisión se admitieron estudios publicados desde 1984 al 2012 a nivel nacional e internacional. Los criterios de inclusión fueron:

1. La importancia de la VGI.
2. La efectividad de la valoración geriátrica integral.
3. La valoración geriátrica integral en los hospitales.
4. La población a la que va dirigida la valoración geriátrica integral: que la persona valorada y atendida fuera un paciente frágil o paciente geriátrico.

El estudio contempla dos fases: la primera, de recogida de datos en el periodo que abarca desde noviembre del 2009 a febrero del 2011. La segunda, para la identificación, descripción y análisis de los criterios de inclusión, entre febrero y enero del 2012, posteriormente consensuando los criterios con el grupo de geriatras de la UGA del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El estudio se agrupa con el objetivo de facilitar la comprensión de los resultados. Algún artículo fue rechazado por causas metodológicas. Los datos relevantes describen la importancia de la valoración geriátrica, identifican el perfil de la población diana a la que va dirigida, el concepto de fragilidad y valoración geriátrica integral, los beneficios para el paciente de riesgo, criterios de eficiencia y efectividad, así como los componentes de la atención geriátrica integral.

Antecedentes históricos

Según Salgado, el concepto original de VGI comenzó en 1930 con Marjorie Warren, enfermera inglesa que descubrió que muchos ancianos ingresados en hospitales presentaban diversas enfermedades crónicas, otras no diagnosticadas ni tratadas, incapacidades o invalidez. Ella aplicó programas de rehabilitación e inició el concepto de VGI con la aplicación de la evaluación del estado de salud: funcional, mental y social en las salas de enfermos crónicos hospitalizados con la intención de mejorar su recuperación y así conseguir devolverlos a su domicilio y evitar ingresos en instituciones de larga estancia. Describió los beneficios en términos de revertir el deterioro (7).

A partir de esta experiencia, el National Health Service del Reino Unido incorporó la valoración geriátrica en 1948 como elemento fundamental en la atención al anciano (3, 7). Posteriormente, este concepto se desarrolló de forma sostenida en los Estados Unidos y en 1978 se comenzaron a implantar las unidades geriátricas que se han ido extendiendo a nivel internacional (3).

Existen pocos estudios donde se evidencie el papel de la enfermera en los cuidados del paciente anciano hospitalizado. Inouye (8) demuestra que el papel de la enfermera es efectivo en la prevención del declive funcional y encuentra una reducción de la pérdida funcional de 41% en el grupo intervención respecto al 64% en el grupo control. Smyth (9) analiza diversos modelos de atención enfermera al paciente anciano y demuestra una mejora en la atención, optimización de recursos y creación de estrategias para optimizar los cuidados. Otros, como Bourbonniere, resaltaron la importancia del personal de enfermería, la especialización en los cuidados de los ancianos y sugirieron ampliar las competencias en la valoración y educación de los pacientes (10).

Dada la realidad socioeconómica actual es necesario que se apliquen estas políticas, de forma que se ajuste a las necesidades de cada centro y nivel asistencial con el objetivo de no aumentar la presión y los costes.

Población diana

Una de las características de la población anciana es que abarca una gran diversidad en variables como la edad y el estado de salud.

En la práctica asistencial encontramos diferentes perfiles de ancianos: desde el que es autónomo al que presenta diferentes grados de dependencia; por ello, se hace necesario una categorización en función del estado de salud, patologías, funcionalidad y dependencia para poder realizar una valoración geriátrica más precisa de la que se lleva en la actualidad en muchos centros asistenciales, todo ello con el objetivo de detectar sus necesidades y aplicar unos cuidados más individualizados.

Según Robles y Miralles (11) la tipología de ancianos y categorización que ha adquirido un mayor consenso en nuestro país es la siguiente:

- El *anciano enfermo* es la persona mayor de 65 años con una enfermedad aguda y que se comporta de forma similar al enfermo agudo. Suelen ser personas que acuden a consulta o ingresan en los hospitales por un proceso único, no suelen presentar otras enfermedades importantes ni problemas mentales o sociales. Sus problemas de salud pueden ser atendidos y resueltos con normalidad dentro de los servicios tradicionales sanitarios de la especialidad médica que corresponda.
- El *anciano frágil* es la persona de edad avanzada (la mayoría de los autores la sitúan a partir de los 75 años) que por condiciones médicas, mentales o sociales se encuentra en una situación de equilibrio inestable. Presenta alto riesgo de cambios en su salud que precisan del uso de recursos de salud o sociales.



Se trata de una persona con una o varias enfermedades de base, que cuando están compensadas permiten al anciano mantener su independencia básica, gracias a un delicado equilibrio con su entorno sociofamiliar, pero que delante de cualquier proceso intercurrente (infección, caída, cambios de medicación, hospitalización...) pueden llegar a una situación de pérdida de independencia que obliga a la necesidad de recursos sanitarios y/o sociales.

- El *anciano geriátrico* es la persona de edad avanzada con enfermedad crónica incapacitante; frecuentemente presenta problemas de dependencia física, mental y/o social.

En cuanto al perfil de población a la que va dirigida la VGI son muchos los estudios que indican que los adultos de más edad, especialmente el anciano frágil y geriátrico, son la población diana, con unas características especiales que determinan una alta complejidad en su tratamiento como: capacidad de reserva disminuida, múltiples enfermedades crónicas, presencia atípica de las enfermedades, menor expectativa de vida, múltiples causas de dependencia funcional, muchas fuentes de dolor e incomodidad, consideraciones farmacológicas especiales y comunicación más lenta e historial más largo. Formiga y cols., señalan que el anciano frágil presenta un alto riesgo de vulnerabilidad, y concluyen que la VGI mejora satisfactoriamente los resultados en la calidad asistencial (12, 13).

Fragilidad y hospitalización

Algunos autores definen la fragilidad como una disminución progresiva de la capacidad de reserva y adaptación de la homeostasis del organismo como consecuencia del envejecimiento, influenciada por factores genéticos y acelerada por enfermedades crónicas y agudas, hábitos tóxicos, desuso y condicionantes sociales y asistenciales. La fragilidad comporta, a partir de un umbral determinado, una mayor vulnerabilidad del anciano delante de la enfermedad, un aumento del riesgo de deterioro funcional y la consecuente dependencia en el desarrollo de las actividades de la vida diaria, y en última instancia la muerte (14).

En la actualidad, la mayoría de los autores (15-21) coinciden en que los requisitos que determinan la fragilidad son multifactoriales como se muestra en el cuadro de los criterios que determinan la fragilidad.

CRITERIOS QUE DETERMINAN LA FRAGILIDAD

- | | |
|--|----------------------------------|
| • Ser mayor de 75 años. | • Patología crónica invalidante. |
| • Pluripatología/comorbilidad. | • Sin soporte social. |
| • Polimedicación. | • Problemas de morbilidad. |
| • Problemas cognitivos o afectivos. | • Síndromes geriátricos. |
| • Reingresos hospitalarios frecuentes. | • Pobreza. |

La prevalencia a nivel mundial de la fragilidad se sitúa entre el 7 y el 28%. Estas diferencias se explican porque la elección de los criterios de fragilidad varían según los grupos de estudio. Últimamente, se ha descrito una prevalencia entre el 10 y el 11% entre los ancianos sin discapacidad en la comunidad; si se tiene en cuenta que también se puede considerar frágil la persona con discapacidad moderada hasta grave la prevalencia real se situaría entre el 30%-40% (22).

Estos datos implican un cambio en el modelo de atención a la persona anciana donde el prototipo tradicional no permite abordar todos los problemas de salud de éstos; por ello, es necesaria la implantación de un modelo funcional que les permita mantener la in-

dependencia, prevenir el declive funcional y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud (6).

El Hospital Outcomes Project for the Elderly (HOPE) evaluó, en un estudio multicéntrico, que el 32% de los ancianos ingresados tuvieron un declive funcional al alta en una o más actividades de la vida diaria (AVD) y que el 19% presentaron nuevos déficits (15). Gutiérrez y cols., observaron que de 150 ancianos hospitalizados el 70% presentaban declive funcional durante la estancia hospitalaria y en el 29,3% persistía a alta (6).

La evidencia muestra que, aproximadamente, un tercio de los ancianos frágiles ingresados padecen al alta discapacidad en al menos una de las AVD. La pérdida funcional asociada a los ingresos hospitalarios se sigue sin medir de forma habitual como parámetro de calidad de la atención sanitaria (23). Abizanda, en un estudio sobre la pérdida de funcionalidad en los ingresos hospitalarios, detectó el 92,6% de pérdida de funcionalidad al ingreso hospitalario con una escasa recuperación funcional del 10% al alta (24).

Actualmente no existe un consenso generalizado entre los geriatras para la utilización de un instrumento con elementos de la VGI para la detección y prevención del declive funcional en el anciano frágil hospitalizado (13). En EE.UU. el instrumento más utilizado es el Hospital Admission Risk Profile (HARP) (26), por su validez y fiabilidad.

Abizanda, Hoogerduijn y Sager (22, 25, 26) afirman que los predictores más relevantes de declive funcional durante y después de la hospitalización por enfermedad aguda son: edad, afectación de las AVD, afectación de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y el estado cognitivo y anímico. Winoward incluye, además, los síndromes geriátricos como predictores incluso más importantes que el diagnóstico de ingreso (27). Formiga y Reuben consideran la situación social como un factor primordial en la predicción de evolución negativa en la recuperación funcional al alta (5, 15, 25). Una de las características del anciano frágil es la presencia de síndromes geriátricos que son un indicador de fragilidad (14), predictor de morbimortalidad y declive funcional.

La práctica asistencial evidencia que el ingreso hospitalario de estos ancianos es una situación de riesgo porque pueden presentar nuevos síndromes geriátricos o empeorar los que tenían antes del ingreso y acostumbran a ser fuente de incapacidad, declive funcional y social en el anciano.

Los síndromes geriátricos son un conjunto de cuadros habitualmente originados por la conjunción de enfermedades con alta prevalencia en los ancianos. Son la manifestación de muchas enfermedades. Pueden generar mayor morbilidad y consecuencias en ocasiones más graves que la propia enfermedad que los produce (28).

Los síndromes geriátricos son definidos por Kane, en 1989, en su libro *Essentials of Clinical Geriatrics*: inmovilidad y úlceras por presión, inestabilidad y caídas, incontinencia urinaria y fecal, demencia y síndrome confusional agudo, depresión, infecciones, desnutrición, alteraciones de la vista y oído, estreñimiento, impactación fecal, depresión/insomnio, yatrogenia, impotencia o alteraciones sexuales.

Los profesionales que atienden a pacientes de edad avanzada han de conocer los diferentes síndromes geriátricos, evitar pensar que son debidos al propio envejecimiento y realizar una correcta detección para prevenirlos o tratarlos.

Valoración geriátrica integral (VGI)

La VGI se define como una evaluación multidisciplinaria e interdisciplinaria que se realiza en colaboración con diferentes disciplinas: médica, enfermera, social y pueden intervenir otros profesionales

14 como fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional... en la cual se cuantifican y se detectan los problemas en la esfera médica, funcional, mental y social del anciano para conseguir un plan racional y coordinado del tratamiento y recursos asistenciales. Se utilizan instrumentos de valoración estandarizados para ayudar a una cuantificación más exacta. Hay que repetirla en el tiempo, constatar la evolución en estas esferas y los cambios, hecho que le da el nombre de dinámica (4, 7, 13).

Beneficios de la VGI

Según Morris y Formiga, la VGI se recomienda realizar a todos los pacientes en quien esta acción mejore la calidad asistencial, entendida como una actuación adecuada, ecuánime, accesible, aceptable, eficaz y eficiente, con una continuidad en la asistencia y satisfactoria tanto para el paciente como para el profesional sanitario (4, 29). Los beneficios de utilizar una adecuada VGI están ampliamente demostrados en la literatura (3, 29-32). Ver cuadro de los beneficios de la VGI.

BENEFICIOS DE LA VGI EN GERIATRÍA

- Mejor exactitud en el diagnóstico clínico.
- Mejora de la funcionalidad y estado cognitivo.
- Mejor emplazamiento de los pacientes.
- Mejora funcional intrahospitalaria y a los seis meses del alta.
- Estancia hospitalaria media menor.
- Utilización más correcta de la medicación y de los servicios hospitalarios y comunitarios.
- Reducción significativa de la mortalidad a un año.
- Mejora del estado emocional y bienestar.
- Utilidad para diferenciar los cambios funcionales relacionados con la edad o la patología.
- Ahorro en costes sanitarios.
- Monitorización del resultado del tratamiento.
- Mejora del tratamiento.
- Planificación adecuada de los cuidados para situar a la persona en el mejor nivel asistencial.
- Reducción del uso innecesario de los servicios formales: alarga la permanencia en casa y en la comunidad.

La efectividad de la VGI

Rubenstein y cols. (3, 30) en 1984 y 1987 demostraron la efectividad de la VGI en cuanto a la mejora de la mortalidad, institucionalización, funcionalidad, afectiva y ahorro de costos. Más tarde, en 1993, Stuck y cols., publicaron un metaanálisis de 28 estudios en diferentes niveles asistenciales donde demostraron la efectividad a nivel funcional, cognitivo y de hospitalización (31).

En 1994 y 1995 estudios aleatorios randomizados sobre la efectividad de la VGI demostraron beneficios, y determinaron posibles limitaciones en los resultados: en la aplicación de la valoración en el grupo evaluado encontraron resultados positivos como demuestra la bibliografía y también en el grupo control; determinaron que una mala implementación de la VGI y las recomendaciones no consensuadas por el equipo no mejoraban los resultados, tampoco en aquellos pacientes donde su situación era irreversible. Si se demostró

la efectividad cuando el equipo estaba implicado y el hecho de que el grupo control tuviera beneficios era resultado de un aumento del estándar de los cuidados y la concienciación de todo el personal (33, 34).

No todos los estudios indicaban la efectividad de la VGI, por eso se realizaron revisiones sistemáticas para resolver las discrepancias. Stuck y Ellis demostraron la efectividad de la VGI en cuanto a la disminución de la mortalidad, la permanencia en casa, la función cognitiva y mental y la reducción de reingresos hospitalarios. Pero no se recomienda hacerla en pacientes con buena funcionalidad y estancias cortas, ni tampoco a pacientes con deterioro grave, ya que se demostró no efectiva en estos casos (31, 32).

Actualmente, la VGI es una herramienta aceptada y aplicada en Europa y EE.UU. Se recomienda en los niveles asistenciales de hospitalización aguda, en los servicios de rehabilitación geriátrica, en asistencia ambulatoria, en casa siempre que haya un seguimiento; en servicios con atención puntual, con baja adhesión y sin seguimiento no se recomienda ya que no se han demostrado los beneficios (30, 31, 32).

Componentes de la VGI

Según las evidencias no existen unos estándares de los componentes que ha de incluir una correcta valoración geriátrica pero hay aspectos que no se pueden excluir (5, 12, 30) como:

- *Valoración clínica (anamnesis y exploración física):* enfermedades presentes, fármacos, carencias sensoriales, síndromes geriátricos, estado nutricional, la talla y el peso y cuantificar el riesgo con alguna escala (Mini-Nutritional Assessment, MNA-SF) (35).
- *Valoración de la esfera funcional:* Es un proceso dirigido a obtener información sobre la capacidad del anciano para realizar su actividad habitual y mantener la independencia en su medio habitual. Se ha de obtener información sobre las actividades de la vida diaria previa al ingreso, posterior y alta. Presenta un gran valor predictivo sobre mortalidad, ingresos hospitalarios, rehabilitación y ubicación al alta.

Las escalas más utilizadas para evaluar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) son:

- Índice de Barthel (36).
- Índice de Actividades de la Vida Diaria (Katz) (37).
- Escala de Incapacidad Física de la Cruz Roja (38).

La escala más utilizada para evaluar las AIVD es:

- Índice de Lawton y Brody (39).

- *Valoración de la esfera mental:* la valoración del estado cognitivo es importante dado que el deterioro cognitivo en el anciano puede llegar al 20% en mayores de 80 años.

La recogida de datos se hará con el cuidador principal para valorar el estado cognitivo previo y se realizará un primer cribatge con el test Pfeiffer si hay más de 4 errores se pasará el test de Lobo y si el resultado es menor de 24 nos apoyará un diagnóstico de demencia la escala de Reisberg.

Hay múltiples test de la esfera mental de los que se destacan:



- Cuestionario de Pfeiffer (*Short Portable Mental* (40).
 - Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC) (41).
 - Escala de Deterioro Global (GDS-FAST), de Reisberg (42).
 - *Status Questionnaire*, SPMSQ).
 - *Mini-Mental State Examination* de Folstein (MMSE).
 - Test del reloj.
 - Set-tests.
 - Test de los siete minutos.
- **Valoración afectiva:** la depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en los ancianos y los síntomas depresivos y alteraciones del estado de ánimo pueden llegar hasta un 20% en los hombres y un 40% en las mujeres, tienen una importante repercusión en la calidad de vida la situación funcional y cognitiva, supone múltiples consultas al médico y alarga la estancia hospitalaria (18).
- Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (43). (*Geriatric Depression Scale*, GDS).
 - Inventario de Depresión de Hamilton.
 - Inventario de Depresión de Beck.
 - Escala de Zung.
 - Escala de Cornell de Depresión en la Demencia.
 - Escala de Depresión y Ansiedad de Goldberg.

Para la utilización de estas escalas, se habría de seleccionar a aquellos ancianos con factores de riesgo para desencadenar un episodio grave de depresión.

- **Valoración social:** la valoración social permite conocer la relación entre el anciano y su entorno; aspectos relacionados con el apoyo familiar y social son cuestiones importantes a la hora de planificar los cuidados del anciano. En función de ellos podremos ubicar al paciente en el nivel asistencial adecuado y tramitar los recursos sociales que va a precisar.

Los instrumentos de medida más utilizados son:

- Escala OARS de recursos sociales (44).
- Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón (45).
- Escala de Philadelphia (*Philadelphia Geriatric Center Morale Scale*).

Las escalas de valoración facilitan la detección de problemas y su valoración evolutiva, incrementan la objetividad y ayudan a la comunicación y entendimiento entre los diferentes profesionales que atienden al paciente. Las escalas hay que aplicarlas en el contexto adecuado, utilizando las de validez y fiabilidad demostradas. El hecho de hacer servir una escala u otra dependerá del ámbito de aplicación, las características diferenciales de los ancianos, el lugar en el que encuentren (domicilio, residencia, consulta ambulatoria, hospital) y los diferentes objetivos de la evaluación en estos niveles.

Las más utilizadas en los servicios de geriatría de España son el Barthel en un 74,3%, el índice de Lawton y Brody en un 53,8%, el índice de Katz en un 51,2%, el de Pfeiffer en un 56%, el Lobo con un 38,4% y el de Yesavage en un 82% (46).

Estos datos se han de recoger conjuntamente con el cuidador principal y el paciente.

CONCLUSIONES

El incremento de la población anciana conlleva un aumento de la dependencia que genera una pérdida de funcionalidad, mayor co-

morbilidad y consecuentemente mayor número de ingresos hospitalarios (47).

Queda demostrado que el modelo tradicional de atención sanitaria no puede ser aplicado a los ancianos debido a la pluripatología, a los cambios de la sintomatología de la enfermedad causados por la edad, al compromiso de la funcionalidad, al mayor estrés psicosocial y a los cambios fisiológicos de envejecimiento (6). Fried y cols., demostraron que entre un 41%-44% de los pacientes ancianos podían ser tratados mediante el modelo tradicional (48).

Partiendo de la revisión bibliográfica y la consulta con expertos creemos que la identificación del paciente frágil y geriátrico y la aplicación de la VGI en los centros hospitalarios es necesaria para la mejora de su calidad de vida relacionada con la salud.

Actualmente, la mayoría de hospitales de agudos tienen unidades de atención al paciente geriátrico donde se aplica la VGI completando la historia clínica con una correcta valoración de la situación social, funcional y cognitiva. El paciente anciano frágil queda fuera de esta valoración ya que no se encuentra en unidades específicas sino que puede ingresar en cualquier unidad en función de la patología que motive el ingreso; según un estudio realizado en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, en los años 2007-08, la prevalencia de anciano frágil era del 43% (21); creemos, por tanto, que la VGI debe extenderse a todas las unidades asistenciales donde ingrese un paciente frágil o geriátrico en cualquier contexto para prevenir el alto riesgo de presentar discapacidad, dependencia, institucionalización y muerte.

Para que la aplicación de la VGI sea efectiva requiere de un equipo interdisciplinar implicado, que la valoración se realice a las pocas horas del ingreso y que haya un seguimiento tras el alta ya sea a domicilio o a otro nivel asistencial.

La enfermera profesional que atiende al paciente las 24 horas y es la responsable de gestionar los cuidados, tiene un papel relevante en prevenir el declive funcional, detectar los síndromes geriátricos, la existencia de problema social y/o mental para derivarlo al profesional del equipo que corresponda con el objetivo global de mejorar la calidad de vida de la persona.

La aplicación de la VGI puede suponer una mayor carga de trabajo al equipo de enfermería, pero teniendo en cuenta que su correcta aplicación reduce estancias hospitalarias, mejora la funcionalidad y el estado cognitivo, optimiza el uso de servicios sanitarios y medicación, alarga la permanencia en la comunidad, reduce la mortalidad, ... corresponde a los gestores hospitalarios valorar los costes-beneficios de un incremento del equipo asistencial.

La atención al paciente anciano requiere, por parte de enfermería, de una formación específica para proporcionar unos cuidados de calidad e individualizados. Debe tener en cuenta como instrumentos de valoración la historia de vida del paciente y la VGI. Ha de regirse por valores éticos y el humanismo que identifica la profesión.

AGRADECIMIENTOS

A Mercedes Abad, doctora en Enfermería y directora del Máster de Gerontología y Geriatría de la EUI del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, a todo el equipo de la Unidad Funcional Interdisciplinaria Socio-Sanitaria (UFISS) del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau por su asesoramiento y soporte, al Dr. Jordi Mascaró (UGA) y a la Dra. Olga Torres por su colaboración.

BIBLIOGRAFÍA

1. ONU: United Nations: World Population Prospects: The 2004 Revision.
2. Llibre blanc de la gent gran amb dependència. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social: Barcelona, 2002.
3. Rubinstein L. Evaluación Geriátrica Integral: Evidencia de su importancia y utilidad ;Procedente de IV congreso latinoamericano de Geriatria y Gerontologia; 2003 Sep 3-6 ;Santiago,Chile .Medware 2005. Disponible en:http://www.mednet.cl/link.cgi/Medware/Congresos/Geriatria2003/Evaluacion/666.
4. López A, Formiga F, Ruiz D, Duaso E. Clínicas en Geriatria Hospitalaria. En: Formiga F, Mascaró J. Valoración Geriátrica en Hospital de Agudos. Barcelona: Elsevier, 2006, p. 11.
5. Formiga F, Mascaró J. Valoración Geriátrica en el hospital de agudos. En: Lopez A, Formiga F, Ruiz D, Duaso E. Clínicas en geriatría hospitalaria. Barcelona: Elsevier, 2006, pp. 12-3.
6. Ruiz D. La valoración geriátrica en los hospitales: de la quimera a la necesidad. Rev Mult Gerontol 2005; 15: 36-9.
7. Salgado A, González J I. Importancia de la Valoración Geriátrica. En: Salgado A, Alarcón M. Valoración del Paciente Anciano. En Barcelona: Masson, S.A., 1993, pp. 3-7.
8. Inouye SK, Wagner DR, Acampora D, Horwitz RI, Cooney LM Jr, Tinetti ME. A controlled trial of a nursing-centered intervention in hospitalized elderly medical patients: the Yale Geriatric Care Program. J Am Geriatr Soc 1998; 46: 792-4.
9. Smyth C, Dubin S, Restrepo A, Nueva-España H, Capezuti E. Creating order out of chaos: models of GNP practice with hospitalized older adults. Clin Excell Nurse Pract 2001; 5: 88-95.
10. Carlos AM, Martínez F, Molina JM, Villegas R, Aguilar J, García, Formiga F. Desarrollo de criterios, indicadores de complejidad y estrategias de manejo en la fragilidad. Sevilla: Ministerio de Sanidad y Política Social, Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2009. ISBN: 978-84-96990-37-1.
11. Robles MJ, Miralles R, Llorach I, Cervera AM. Definición de objetivos de la especialidad de geriatría .Tipología de ancianos y población diana. En : Abellán V, Abizanda S, Alustey G y cols. Tratado de geriatría para residentes. Madrid; 2006, pp. 24-6.
12. Gómez J, Martín I, Batzán JJ, Regato P, Formiga F y cols. Prevención de la dependencia en personas mayores. Primera Conferencia Nacional de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España; 2007 Jun 15-16 ; Madrid. Rev Esp Geriatr Gerontol 2007; 42 (Suppl. 2): 15-56.
13. Formiga F, Mascaró J, Cabot C, Ortega C, Porras F. Valoración geriátrica de un paciente en un hospital de agudos. Rev Mult Gerontol 2005; 15: 8-11.
14. Batzán JJ, González, JI, Solano JJ, Hornillos M. Atención sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica. Med Clin (Barc) 2000; 115: 704-17.
15. Reuben DB, Wolde-Tsadik G, Pardamean B, Hammond B, Borok GM, Rubenstein LZ y cols. The use of targeting criteria in hospitalized HMO patients: Results from the demonstration phase of the hospitalized older persons evaluation (HOPE) study. J Am Geriatric Soc 1992; 40: 482-8.
16. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evident for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001; 56: 146-56.
17. Rockwood K, Mitnitski A. Frailty in relations to the accumulation of deficits. J Gerontol A Biol Sci Met Sci 2007; 62: 722-7.
18. Sanjaquín C, Fernández E, Mesa MP, García-Arilla E. Valoración geriátrica integral. En: Tratado de geriatría para residentes. Madrid 2006, pp. 59-68. Disponible en www.segg.es
19. Levers MJ, Estabrooks CA, Ross JC. Factors contributing to frailty: literature review. J Adv Nurs 2006; 56 (3): 282-91.
20. Buchner DM, Wagner EH. Preventing frail health. Clin Geriatr Med 1992; 8: 1-17.
21. Bases per una atenció de l'ancià fràgil a l'hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Esborrany per a la discussió. Gesaworld 2009.
22. Abizanda P, Gómez J, Martín I, Batzán JJ. Detección y prevención de la fragilidad: Una nueva perspectiva de prevención de la dependencia en las personas mayores. Med Clin (Barc) 2009. doi:10.1016/jp.medcli.2009.04.028.

23. Inouye SK, Peduzzi PN, Robinson JT, Hughes JS, Horwitz RI, Concato J. Importance of functional measures in predicting mortality among older hospitalized patients. JAMA 1998; 279: 1187-93.
24. Abizanda P, León M, Romero L, Sánchez PM, Luengo P, Domínguez L y cols. La pérdida de funcionalidad al ingreso, principal variable explicativa de discapacidad y mortalidad al alta y al mes en ancianos hospitalizados. Rev Esp Geriatr Gerontol 2007; 42: 201-11.
25. Hoogerduijn 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. J Clin Nurs 2007; 16: 46-57.
26. Sager M, Rudberg M, Jalaluddin M, Franke T, Inouye SK, Landefeld C y cols. Hospital admission risk profile (HARP): Identifying older patients at risk for functional decline following acute medical illness and hospitalization. J Am Geriatr Soc 1996; 44: 251-7.
27. Winowar C, Gerety M, Chung M, Goldstein M, Domínguez F, Vallone R. Screening for frailty: criteria and predictors of outcomes. J Am Geriatr Soc 1991; 39: 778-84.
28. Luengo C, Maicas L, Navarro MJ, Romero L. Justificación, concepto e importancia de los síndromes geriátricos. En: Tratado de geriatría para residentes. Madrid 2006, pp. 139-41. Disponible en www.segg.es
29. Morris J. Comprehensive geriatric assessment for de older frail patient in hospital geriatrics society British Policy committee. June 2005.
30. Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD y cols. Effectiveness of a geriatric evaluation unit: a randomized clinical trial. N Engl J Med 1984; 311: 11664-70.
31. Stuck A, Siu A, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. Lancet 1993; 324: 1032-6.
32. Ellis G, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older hospital patients. British Medical Bulletin 2005; 71: 45-49.
33. Reuben D, Borok G, Wolde-Tsadik G, Ershoff D, Fishman L. A Randomized Trial of comprehensive geriatric assessment in the care of hospitalized patients. N England Journ Med 1995; 332: 1345-50.
34. Borok G, Reuben D, Zandle I, Ershoff D, Wolde-Tsadik G, Rubenstein I. Rationale and design of a Multi-Center randomized trial of comprehensive geriatric assessment consultation for hospitalized patients in an HMO. JAGS 1994; 42: 536-44.
35. Vellas B, Villars H, Abellan G y cols. Overview of the MNA-Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006; 10: 456-65.
36. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. A simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. Md State Med J 1965; 14: 61-5.
37. Katz. Índice de actividades de la vida diaria. JAMA 1963; 185: 914-9.
38. Escala de incapacidad física de Cruz Roja. Rev Esp Gerontol 1972; 7: 339-46. Salgado A, González JI. Importancia de la Valoración Geriátrica. En: Salgado A, Alarcón M. Valoración del Paciente Anciano. En Barcelona: Masson,sa; 1993, pp. 3-7.
39. Índice de Lawton y Brody. Gerontologist 1969; 9: 178-8.
40. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. J Am Geriatr Soc 1975; 23: 433-41.
41. Lobo A. Miniexamen cognoscitivo (MEC). Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias afines 1976; 7: 189-202.
42. Reisberg B, Ferris SH, de León MJ, Crook T. The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. American Journal of Psychiatry 1982; 139: 1136-9.
43. Yesavage JA, Brink TL, Lum O y cols. Screening tests for geriatric depression. Clin Gerontol 1982; 1: 37-43.
44. OARS. Duke university, 1978.
45. Gijón. Trab Soc Salud 1993; 16: 137-56.
46. Abizanda P, Gallego J, Sanchez P, Díaz C. Instrumentos de valoración geriátrica integral en los servicios de geriatría de España: Uso heterogéneo de nuestra principal herramienta de trabajo. Rev Esp Geriatr Gerontol 2000; 35: 261-8.
47. Gómez J, Martín I, Batzán JJ, Regato P, Formiga F, Segura A y cols. Prevención de la dependencia en las persona mayores; Procedente de la Primera Conferencia Nacional de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España. Madrid, 15-16 Junio 2007.
48. Fried LP, Storer DJ, King DE, Lodder F. Diagnosis of illness presentation in the elderly. J Am Geriatr Soc 1991; 39: 117-23.