

ARTICULO

CONSULTA GERIÁTRICA DE PACIENTES FRÁGILES EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA Y SU ASOCIACIÓN CON LA MORTALIDAD HOSPITALARIA, LA ESTANCIA HOSPITALARIA Y EL INGRESO A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. UN ESTUDIO OBSERVACIONAL.

AUTORES :

María Fernanda Contreras, Oscar Torres, Raúl Cortés, Luisa Reyes

<https://doi.org/10.55634/2.2.8>

ABSTRACTO

Objetivo: El objetivo principal es describir la asociación entre el manejo monodisciplinario liderado por el médico tratante sin intervención geriátrica y la participación de los geriátricos como consultores de los pacientes frágiles mayores de 65 años ingresados en el servicio de medicina interna. Esta evaluación se basa en los resultados de los pacientes, la duración de la estancia hospitalaria, el porcentaje de admisiones a la unidad de cuidados intensivos y la mortalidad hospitalaria.

Métodos y análisis: Se realizó un estudio observacional prospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes frágiles mayores de 65 años ingresados en sala de medicina interna de marzo a noviembre de 2022 en dos hospitales del norte de México. Los resultados se compararon entre el grupo de pacientes que recibieron un manejo monodisciplinario de rutina por parte de su médico tratante durante la hospitalización sin la participación de un geriatra, y aquellos que tuvieron un manejo colaborativo con un geriatra como consultor. No se realizaron intervenciones ni sugerencias a ninguno de los grupos evaluados. La estratificación de la fragilidad se realizó en los pacientes con la escala FRAIL.

Resultados: Se incluyeron un total de 111 pacientes con una edad media de $80,6 \pm 7,9$ años. Del total de pacientes, 60 (54,1%) recibieron manejo de su médico tratante junto con un geriatra como consultor, y los 51 restantes solo recibieron manejo monodisciplinario de su médico tratante. Hubo asociación entre el manejo monodisciplinario y una estancia hospitalaria más prolongada, en comparación con los pacientes que recibieron manejo médico junto con Geriátrica (13,4 vs 5,8 días, $P < 0,0001$). El 29% tuvo una estancia hospitalaria prolongada, definida como superior a 9 días, y el 84,8% de ellos tuvo manejo monodisciplinario sin consulta de Geriátrica (84,8% vs 15,2%, $P < 0,005$). De los pacientes estudiados, el 17,1% falleció durante la hospitalización. La mortalidad en los pacientes consultados por geriatría fue menor, sin embargo esta asociación no fue estadísticamente significativa (47,4% vs 52,6%, $P = 0,521$).

Conclusión: El apoyo del médico geriátrico en el manejo médico hospitalario del paciente anciano frágil se asocia significativamente con una reducción en la duración de la estancia hospitalaria y la tasa de ingresos a la unidad de cuidados críticos. No se asoció significativamente con una menor mortalidad; sin embargo, esto podría explicarse por la naturaleza inherente de la fragilidad como factor pronóstico desfavorable.

Palabras Clave: fragilidad, geriatría, anciano, hospitalización.

INTRODUCCIÓN

Desde 1950, uno de los cambios sociodemográficos globales más importantes es el envejecimiento (1), (2). La esperanza de vida ha aumentado y con ello la población adulta mayor con todas las implicaciones sociales, económicas y de salud. Hoy en día, el treinta por ciento de los ingresos hospitalarios por cualquier causa pertenecen a personas de 65 años y más. Esto toma relevancia ya que los pacientes mayores tienen mayor prevalencia de fragilidad, comorbilidad, polifarmacia y otros síndromes geriátricos que empeoran el pronóstico funcional y de mortalidad, tienen estancias hospitalarias más prolongadas y mayores ingresos a la unidad de cuidados intensivos (3). Según Steinmeier y colaboradores, la mortalidad intrahospitalaria puede alcanzar el 17,1%, mientras que este porcentaje aumenta al 33,7% en la unidad de cuidados intensivos (4). Aquí es donde la Geriátrica gana valor no sólo para el paciente mayor, sino para sus familiares, cuidadores y distintos especialistas médicos. (5) La geriatría transversal se describe como atención médica geriátrica a personas mayores vulnerables y frágiles en el ámbito hospitalario de cuidados intensivos. De acuerdo con este nuevo sistema de atención hospitalaria, el médico geriátrico brinda recomendaciones individualizadas basadas en una evaluación geriátrica integral al equipo médico que impactan el pronóstico y la calidad de vida (6) (7). Si bien se ha demostrado que la evaluación geriátrica integral en sala es efectiva para mejorar el estado funcional y disminuir la duración promedio de la estancia hospitalaria y la mortalidad hospitalaria, hay poca evidencia, heterogénea y de baja calidad, por lo que se necesita más investigación para establecer la efectividad del modelo. (8) (9).

MÉTODOS

El objetivo de este estudio fue describir la asociación del manejo multidisciplinario que incluye un médico geriátrico y la duración de la estancia hospitalaria, la tasa de ingresos a la unidad de cuidados intensivos y la mortalidad hospitalaria en pacientes estratificados por fragilidad mayores de 65 años. ingresado en el área de hospitalización de medicina interna de dos hospitales del norte de México. Estas asociaciones se compararon con pacientes que recibieron tratamiento monodisciplinario de rutina durante su hospitalización por parte de su médico tratante, sin la participación de un médico geriátrico. Se incluyeron todos los pacientes frágiles mayores de 65 años que aceptaron participar en el estudio observacional y que ingresaron en la sala de medicina interna en los meses de marzo a noviembre de 2022. No se hicieron intervenciones ni sugerencias de manejo a ninguno de los grupos evaluados. La estratificación de la fragilidad de los

pacientes se realizó mediante la escala FRAIL (10).

Se realizó un análisis descriptivo de las variables categóricas mediante frecuencias y porcentajes, y para las variables continuas se utilizó la media y la desviación estándar o mediana, previa evaluación de la distribución de las variables mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para la comparación de variables categóricas se realizaron tablas tetracóricas y se utilizó la prueba de Chi cuadrado y la prueba exacta de Fisher. Para la comparación de variables continuas se utilizó la prueba de Mann-Whitney. Un valor de $p < 0,05$ y un intervalo de confianza del 95% se consideraron estadísticamente significativos.

RESULTADOS

Características del paciente

Se incluyeron un total de 111 pacientes con una edad media de $80,6 \pm 7,9$ años, de los cuales 62 (55,9%) eran mujeres y 49 (44,1%) hombres. El promedio de estancia hospitalaria fue de $9 \pm 9,6$ y el número medio de comorbilidades que presentaron los pacientes fue de 4.

Del total de pacientes, 60 (54,1%) recibieron manejo de su médico tratante junto con un geriatra, mientras que los 51 restantes recibieron únicamente manejo monodisciplinario de su médico tratante. Los principales diagnósticos de ingreso fueron neumonía (18,9%), infección del tracto urinario (17,1%) e infección por COVID-19 (10,8%). Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (59,5%), enfermedad cardiovascular (52,3%), diabetes mellitus (30,6%), enfermedad endocrina (29,7%) y enfermedad renal crónica (20,7%). La polifarmacia prevaleció en el 77,5% de los pacientes ingresados. Se registró deterioro cognitivo en el 18% de los pacientes, siendo el síndrome geriátrico más frecuente en los pacientes consultados con Geriátrica (80% vs 20%, $P = 0,013$). El resto de comorbilidades no representó una diferencia estadística significativa. Se observó una mayor tasa de ingreso a la unidad de cuidados intensivos en aquellos pacientes con manejo monodisciplinario en comparación con aquellos que recibieron manejo con Geriátrica (62,5% vs. 37,5%, $P = 0,009$).

Hubo asociación entre el manejo monodisciplinario y una estadía hospitalaria más prolongada, en comparación con los pacientes que tuvieron manejo colaborativo con Geriátrica (13,4 vs 5,8 días, $P = < 0,0001$). El veintinueve por ciento de los participantes tuvo una estancia hospitalaria prolongada, definida como superior a 9 días, y de estos, el 84,8% tuvo manejo monodisciplinario sin derivación al servicio de Geriátrica (84,8% vs. 15,2%, $P = < 0,005$). De los pacientes estudiados, el 17,1% falleció durante la hospitalización. La mortalidad en los pacientes consultados a Geriátrica fue menor; sin embargo, esta asociación no fue estadísticamente significativa (47,4% frente a 52,6%, $P = 0,521$).

DISCUSIÓN

Los efectos de la intervención geriátrica hospitalaria en términos de coste-efectividad, mortalidad, funcionalidad del paciente e ingresos a unidades de cuidados críticos se describen de forma heterogénea en diversos estudios realizados en países donde la práctica geriátrica está estandarizada y aceptada. Se han realizado pocos estudios en países en desarrollo, incluida América Latina. La intervención geriátrica intrahospitalaria se basa en la evaluación geriátrica integral con implementación de objetivos terapéuticos individualizados, manejo de síndromes geriátricos, coordinación de equipos interdisciplinarios, planificación temprana del alta y reducción del deterioro funcional durante la hospitalización.

Zelada y colaboradores realizaron un estudio controlado prospectivo de 9 meses de duración en pacientes mayores de 65 años con afecciones médicas agudas. Del total, 68 pacientes ingresaron en una unidad de cuidados geriátricos y 75 en la unidad de cuidados estándar. En la unidad geriátrica la incidencia de deterioro funcional fue del 19,1%, mientras que en la unidad estándar fue del 40%, así como una menor estancia hospitalaria en la unidad geriátrica (11).

Saltvedt y sus colaboradores informaron en su estudio que el tratamiento de personas mayores, frágiles y gravemente enfermas en una unidad de evaluación y manejo geriátricos redujo sustancialmente la mortalidad. La mortalidad en los grupos que fueron tratados en una unidad de manejo y evaluación geriátrica fue respectivamente del 12% en comparación con una tasa de mortalidad del 27% en pacientes con manejo habitual en sala general (12).

En nuestro estudio, se encontraron asociaciones favorables en la reducción de días de estancia hospitalaria y la reducción de ingresos a unidades de cuidados críticos de pacientes ancianos frágiles hospitalizados cuando el manejo multidisciplinario incluye un geriatra, en comparación con el manejo habitual. No hubo diferencias significativas en la incidencia de mortalidad entre los dos tipos de manejo, aunque esto podría explicarse por la alta tasa de mortalidad hospitalaria en pacientes frágiles.

Las limitaciones de este estudio radican en su naturaleza observacional; sin embargo, sirve como estudio exploratorio inicial que puede incentivar el desarrollo de protocolos de atención multidisciplinarios que evalúen los efectos de las intervenciones discutidas en este trabajo, así como en la evaluación de la funcionalidad del paciente anciano después del alta hospitalaria y de su calidad de vida. Además, este estudio fomenta la promoción de la geriatría intrahospitalaria en el tratamiento de pacientes mayores frágiles con enfermedades agudas, especialmente en países donde este modelo de atención es

desconocido o no está estandarizado, como los países de ingresos bajos y medios, incluida América Latina.

Declaraciones

DECLARACIONES DE DIVULGACIÓN

Aprobación de ética

Este protocolo de estudio fue revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey. Los participantes firmaron un consentimiento informado para participar.

Consentimiento para publicación

Los autores otorgan el consentimiento para la publicación de la revista BMC Geriatrics.

Disponibilidad de datos

Todos los datos generados o analizados durante este estudio se incluyen en este artículo publicado como un archivo de información complementaria.

Conflicto de intereses

Los autores no tienen intereses en competencia según lo define BMC, ni otros intereses que puedan percibirse como que influyen en los resultados y/o la discusión reportada en este artículo.

Contribuciones de autor

MC, OT y LR escribieron el texto principal del manuscrito. RC y MC revisan el artículo. LR lo traduce.

Fondos

No se recibió financiación para ayudar con la preparación de este manuscrito.

Expresiones de gratitud

Los autores agradecen al Hospital Zambrano Hellion y al Hospital San José de Monterrey, México, por las contribuciones para desarrollar el presente estudio.

Referencias

1. La Administración para la Vida Comunitaria. (2021). Perfil 2020 de los estadounidenses mayores. Recuperado el 19 de septiembre de 2022, de <https://acl.gov/aging-and-disability-in-america/data-and-research/profile-older-americans>.
2. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, División de Población. Aspectos destacados del envejecimiento de la población mundial en 2020. Condiciones de vida de las personas mayores; 2020.
3. Steinmeyer Z, Piau A, Thomazeau J, et al. Mortalidad en pacientes mayores hospitalizados: la puntuación predictiva a corto plazo WHALES. *BMJ*. 2021;0:1 –8.
4. Talizin T, Bruscajim A, Correa A, et al. Factores de riesgo de mortalidad en pacientes geriátricos ingresados en la unidad de cuidados intensivos de un hospital público. *geriátrico Envejecimiento con Gerontol* . 2019;13:69 –74.
5. González J, Ramírez R, Menéndez R, et al. Geriátrica Transversal. Un reto asistencial para el siglo XXI. *Reverendo Esp geriátrico Gerontol* . 2020;55:84 –97.
6. Ribbink M, Gual N, MacNeil-Vroomen J, et al. Dos ejemplos europeos de unidades geriátricas de agudos ubicadas fuera del hospital general para adultos mayores con enfermedades crónicas exacerbadas. *J Am Med Dir Assoc*. 2021;22:1228 –34.
7. Valoración Geriátrica. Integral en Unidades de Atención Médica. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC; 2018.
8. Cameron ID, Kurrle S. Servicios de consulta geriátrica: ¿son las salas más efectivas que los equipos? *BMC Med*. 2013;11:49 . 10.1186/1741-7015-11-49. PMID: 23433506; PMCID: PMC3751635.
9. Leite HT, Manhães AC, Antunes LA, Chan T, Hajji-Boutros G, Morais JA. La implementación de un modelo de atención conjunta en geriatría reduce la duración de la estancia hospitalaria. *Saludc (Basilea)*. 2022;10(11):2160. 10.3390/atención sanitaria10112160. PMID: 36360501; PMCID: PMC9690908.
10. Morley JE, Malmstrom TK, Miller DK. Un cuestionario simple sobre fragilidad (FRAIL) predice los resultados en afroamericanos de mediana edad. *J Nutr Salud Envejecimiento*. 2012;16:601 e608.
11. Zelada MA, Salinas R, Baztán JJ. Reducción del deterioro funcional durante la hospitalización en una unidad geriátrica de agudos. *Arco Gerontol Geriátrica* . 2009;48(1):35–9.
12. Saltvedt I, Mo ESO, Fayers P, Kaasa S, Sletvold O. Reducción de la mortalidad en el tratamiento de pacientes mayores frágiles y con enfermedades agudas en una unidad de evaluación y tratamiento geriátrico. Un ensayo prospectivo aleatorizado. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50(5):792–8.

Declaraciones adicionales

No se informaron intereses en competencia.