

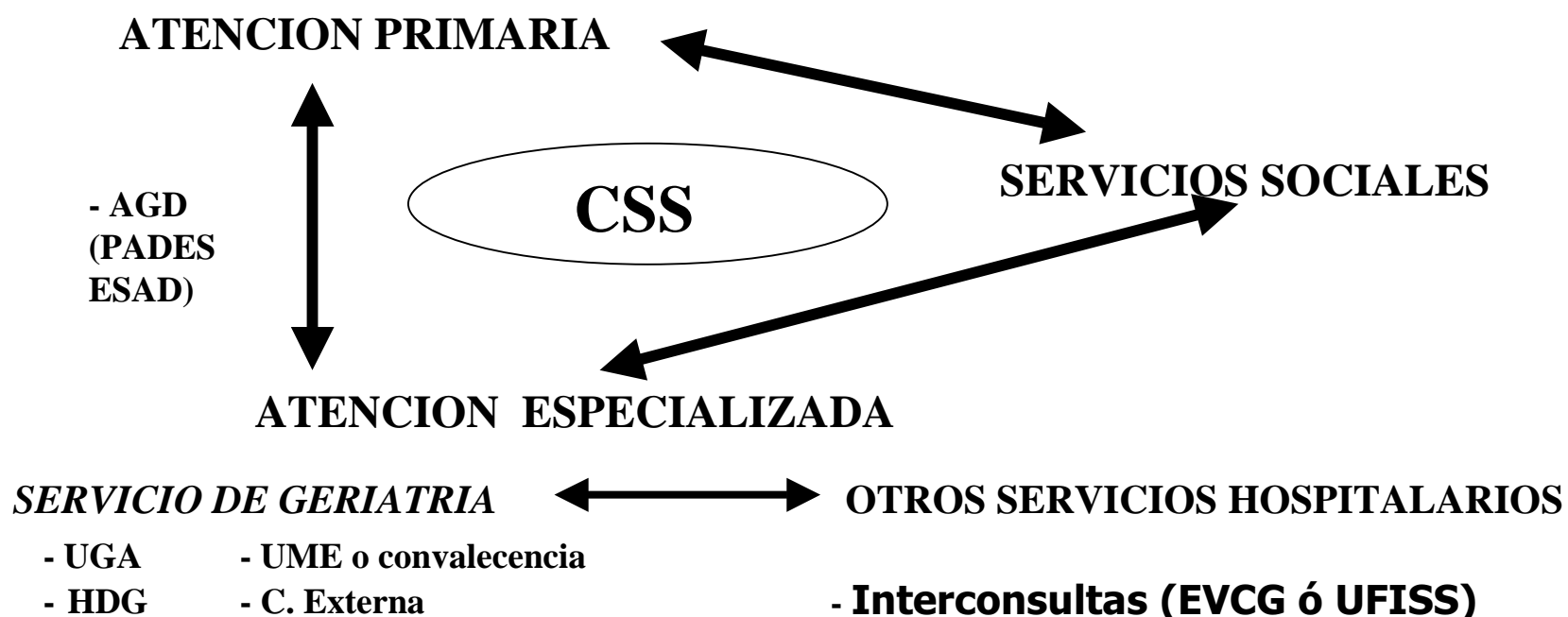


Consenso

Cuidados hospitalarios:
Cuidados hospitalarios generales

Academia Latinoamericana de
Medicina del Adulto Mayor
ALMA

ASISTENCIA GERIATRICA SECTORIZADA Y COORDINADA



AGD: asistencia geriátrica domiciliaria; **PADES:** Programas de Atención Domiciliaria y Equipos de Soporte; **ESAD:** Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria; **CSS:** Comisión Socio-sanitaria; **UGA:** Unidad Geriátrica de Agudos; **UME:** Unidad de Media Estancia; **HDG:** Hospital de Día Geriátrico; **EVCG:** Equipo de Valoración y Cuidados Geriátricos; **UFISS:** Unidad Funcional Interdisciplinaria Socio-sanitaria

NIVELES ASISTENCIALES: Desarrollo Histórico

REINO UNIDO

(Basado en Necesidades)

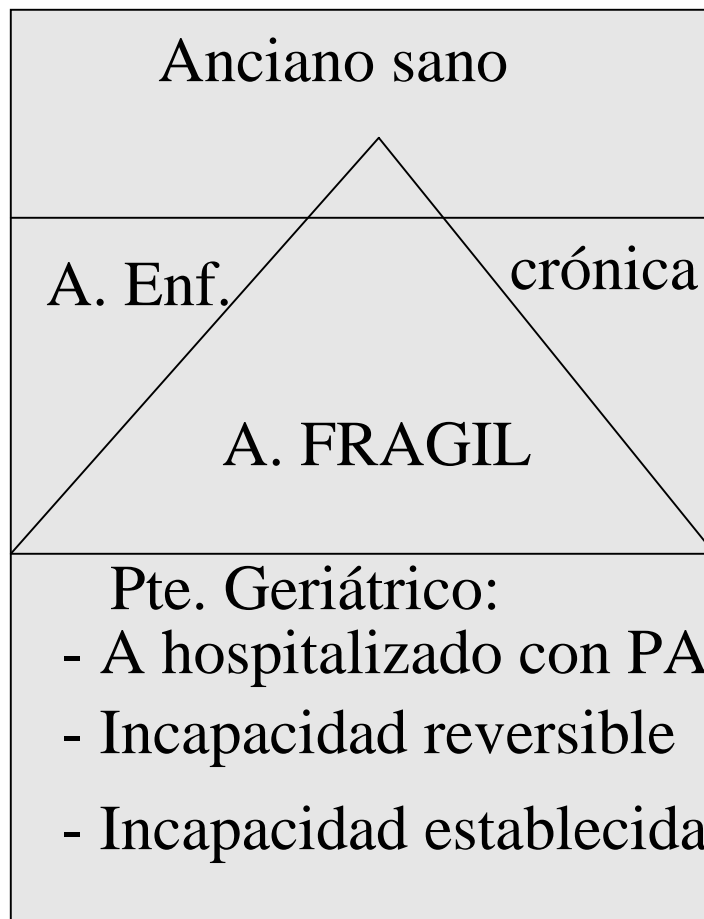
- * H Crónicos (M Warren, BMJ 1943, Lancet 1946)
- * Unidades en H Gral (Exton-Smith, Lancet 1949)
- * Hospital de Día (Cosin, Practicio. 1954)
- * Consultas Domiciarias (Lancet 1949; Williamson, Lancet 1964)
- * U.Rh.G. (Irvine, Posgr MJ 1963)
- * UGA-MI (O'Brien BMJ75; Leonard BMJ 1976; RCPH Lancet 1977)
- * U de Ictus y Ortogeríatras (80s)

NORTEAMERICA

(Basado en la Evidencia)

- * GEMUs (Rubenstein, NEJM 1984)
- * Programas de Valoración Geriátrica Integral (JAGS, supl Sep 1991)
 - Establecer P. Diana (QUIÉN)
 - Estandarizar la VGI (CÓMO)
 - Aplicarla (DÓNDE)
- * Resultados (Stuck , Lancet 1993)
- * ACEs (Landefeld, NEJM 1995)

Cuidados de la población anciana según su estado de salud



Cuidados preventivos

Estabilización

Detección precoz

C. Progresivos;
Curativos
y Rehabilitadores

C. Continuados.

C. de soporte



RIESGOS DE LA HOSPITALIZACION

- Yatrogenia: 36-58% (Lefevre, 1992)
- reacciones adversas medicamentos RAM: 20-25%, siendo incluso frecuente motivo de ingreso hospitalario (González Montalvo, 1997)
- Infecciones nosocomiales:
Estudio EPINE (Vaqué, 200); Mahoney y cols, 1998: 0,6% día
Incidencia global: 14,8% (Vilella y cols., 1993)
- Caídas (Mahoney y cols., 1998):
3,8-7/1000 pacientes/día en UGA
7,6-12,6/1000 pacientes/día en URF/URG
- Delirium: 15-50% (Lázaro y cols., 1995; Inouye y cols., 1999; Marcantonio y cols., 2001)



CONSECUENCIAS DE LA HOSPITALIZACION

Los ancianos dan cuenta del 35-40%
de altas hospitalarias

Estudio HOPE El 32% se deterioró durante el ingreso hospitalario en al menos 1 AVD

- El 45% de los pacientes no recuperaron el nivel preingreso

Estudio Toledo

- El 37% de los pacientes ingresados no habían recuperado su nivel funcional a los dos años del ingreso



CONSECUENCIAS... ¿INEVITABLES?

Estudio EPESE

Seis entidades explicaban el 49% de la incapacidad tras el ingreso:

Ictus - AVE

Cáncer

Insuficiencia Cardíaca Congestiva

Fractura de cadera

Neumonía - Infecciones

Enfermedad coronaria



¿ Y EL 51% RESTANTE ?

Estudio Toledo

Identifica sub-población de riesgo:

- 1) Mayores de 80 años
 - 2) Menores de 80 años con deterioro cognitivo
 - 3) Menores de 80 años sin deterioro cognitivo pero con dependencia a 1 ABVD y al menos una AIVD*
 - 4) Menores de 80 años sin deterioro cognitivo ni dependencia para ABVD pero con comorbilidad
-

38% de mortalidad a 2 años

97% de reingresos a 2 años

Deterioro a 2 años en ABVD (23,4%) y AIVD (39%)



Posibilidades de Cuidados al Anciano Hospitalizado con patología aguda

- ✧ Unidades Geriátricas de Agudos (UGAs; ACEs)
- ✧ Equipos Geriátricos Consultores Multidisciplinarios (EVCG; UFISS)
- ✧ Hospitalización Domiciliaria



Cuidados Geriátricos al Paciente Anciano Hospitalizado con patología aguda

* PROCESO DE CUIDADOS:

- Identificación de ancianos de riesgo
- valoración integral por los mismos profesionales que lleven a cabo sus cuidados
- equipo multicisciplinario que trabaje de forma interdisciplinaria
- coordinación y continuidad de cuidados hospital-domicilio

Calkins E; Naughton BJ; 1999



UNIDADES GERIÁTRICAS DE AGUDOS

- * **Rai et al (Lancet 1985); Pawlson (JAGS, 1988)**
 - **Cohortes: menor estancia media (media: 8 días)**
- * **Harris et al (Aust NZJ Med, 1991)**
 - **RCT: no diferencias en > 70 a**
- * **Landefeld et al (NEJM, 1995) y Covinsky (JAGS, 1997)**
 - **RCT: menor det. Funcional (35-30%) e institucion. (22-14%)y coste**
- * **Barrick et al (Am J Med Quality, 1999)**
 - **Caso-control: (nursing homes): menor estan., morta. y reingr.**
- * **Counsell et al (JAGS, 2000)**
 - **RCT: menor det. Funcional y/o institu. (40-34%)**
- * **Asplund et al (JAGS 2000):**
 - **RCT: menor estancia**
- * **Saltvedt et al (JAGS 2002)**
 - **RCT: menor mortalidad al año**



EQUIPOS GERIATRICOS CONSULTORES

✧ **Stuck et al (Lancet 1993)**

- **Metanálisis (8 estudios; 1625 pacientes): menor mortalidad a los 6 meses (OR: 0,62-0,96) y mejoría cognitiva (OR: 1,19-2,45)**

✧ **Reuben et al (NEJM, 1995)**

- **RCT (2353): no diferencias en la situación funcional, mortalidad y estado de salud al alta, 3 y 12 meses**

✧ **Causas de la ineficacia (Winograd et al, Arch Intern Med 1993; González -Montalvo et al REGG, 1999)**

- **Demora en la valoración;**
- **Escaso cumplimiento de las recomendaciones**
- **Incapacidad de realizar cuidados directos**



EQUIPOS ORTOGERIÁTRICOS

✧ **Cameron et al; Health Technol Assess, 2000**

- **metanálisis (6 RCT, heterogéneos): menor estancia (9 días); morbilidad hospitalaria, deterioro funcional (1 RCT) y mayor vuelta a domicilio previo**

✧ **Cruz-Jentoft et al (An Med Intern, 1994)**

- **cohorte histórica: menor mortalidad (9,3-4,9%)**

✧ **Sánchez-Ferrín (REGG, 1998)**

- **RCT: menor morbilidad y consumo de fármacos**

✧ **González-Montalvo et al (Med Clin 2001)**

- **CCT: mayor deambulaci3n al alta (33,8-56,1%)**

✧ **Serra-Rexach et al (JAGS, 2001):**

- **RCT: menor estancia (13,9-17,6 días) y mayor rec. Deambulaci3n al alta, 3 y 6 meses**



INTERVENCIONES EN ANCIANOS CON INCAPACIDAD POTENCIALMENTE REVERSIBLE

- ✧ Unidades Geriátricas de Recuperación Funcional (UMEs o Convalecencia; GEMUs):
 - Unidades Mixtas
 - Unidades de Ictus -AVE
 - Unidades Ortogerriátricas
- ✧ Residencias Asistidas
- ✧ Hospital de Día Geriátrico
- ✧ Rehabilitación Domiciliaria

Unidades Geriátricas de Recuperación Funcional (I)

- * **Stuck et al, Lancet 1993:**
 - **metanálisis (Heterogéneo: 3 de los 6 estudios): reducción de mortalidad, institucionalización y deterioro funcional a los 6 y 12 meses**
- * **Evans et al, Soc Sci Med 1995:**
 - **metanálisis (11 estudios; 3UMEs y 8 U.Ictus): menor mortalidad, institucionalización y deterioro funcional al alta y 12 meses.**
- * **Stroke Unit Trialist Collaboration; Br Med J 1997:**
 - **metanálisis (19 RCT): menor mortalidad, institucionalización y deterioro funcional a los 12 meses.**
- * **Cameron et al; Health Technol Assess, 2000:**
 - **metanálisis (4 RCT, 3 cohortes): reducción de reingresos, mayor vuelta a domicilio (OR: 1,01-1,22) y en 2 estudios menor det. Funcional**
- * **Rehabilitación en Residencia asistida (Kramer, JAMA 1997): Ictus NO; Fx cadera: ?**



UMEs-GEMUs: trabajos clave

- ✧ **Rubenstein et al. NEJM 1984; 311: 1664-1670**
 - **al año del alta: reducción de la mortalidad (23,8 vs 48,3%) e ingreso en residencia (12,7 vs 30%), junto con mejoría funcional**
- ✧ **Applegate et al. NEJM 1990; 322: 1572-1578**
 - **A los 6 meses: reducción de ingreso en residencia (21 vs 39%) y menor mortalidad (10 vs 21%) junto con mejoría funcional**
- ✧ **Cohen et al. NEJM 2002**
 - **Al alta mejoría en AVD, funcionamiento físico y calidad de vida**
 - **Al año no diferencias en mortalidad (21%)**
 - **no diferencias en el coste de cuidados**



Unidades Geriátricas de Recuperación Funcional (II)

- * CARACTERISTICAS DE PROCESO.
 - Selección de pacientes
 - Valoración Integral (ingreso y periódica)
 - Equipo Interdisciplinario
 - Ubicación hospitalaria
 - Seguimiento al alta

Wieland et al; J Gerontol 1994; 49: M195-M200



Unidades Geriátricas de Recuperación Funcional: Relación Proceso-Resultados

✧ **EEUU** *(Wieland, J Gerontol 1994)*

- **Unidades con Proceso Estándar:**
 - Estancia Media: 25,4 d; Alta Residencia: 11,8%
- **Unidades No Estándar:**
 - Estancia Media: 69,9 d; Alta Residencia: 40,3%


✧ **España** *(Baztán, REGG 2000)*

- **Unidades Estándar:**
 - Estancia Media: 35 d; Ganancia Funcional (I Barthel): 24
- **Unidades No estándar:**
 - Estancia Media: 58 d; Ganancia Funcional (I Barthel): 16

EFFECTO DE INTERVENCIONES GERIATRICAS HOSPITALARIAS

	DETERIORO FUNCIONAL	INSTITUCIONALIZACION	MORTALIDAD	COSTES
UGA				
EVCG				
UGRF (UMEs)				

UGA: Unidades Geriátricas de Agudos; **EVCG:** Equipos de Val. y Cuidados Geriátricos; **UGRF:** Unidades Geriátricas de Recuperación Funcional



GRADO de RECOMENDACIÓN para la IMPLANTACIÓN DE INTERVENCIONES GERIÁTRICAS (SEMEG, 2001)

NIVEL DE INTERVENCION

RECOMENDACION

Intrahospitalaria

- | | |
|--|---|
| -Unidad Geriátrica de Agudos | A |
| -Unidad Geriátrica de Recuperación Funcional | A |
| -Equipo Geriátrico Consultor | D |
| -Equipo Geriátrico Consultor (COT) | B |



Muchas gracias

Dr. Pedro Paulo Marín L.
Centro de Geriatria y
Gerontología
Pontificia Universidad Católica
de Chile