



Evaluación de adultos mayores con enfermedades agudas | 03 MAR 19

¿Qué es la fragilidad?

Importancia del reconocimiento precoz de la fragilidad y problemas asociados en adultos mayores con enfermedades agudas

Autor: Terence J Quinn, Simon P, Mooijaart, Katie Gallacher, Jennifer K Burton [BMJ 2019;364:113](#)

Página 1

Introducción

Los adultos mayores frágiles son usuarios frecuentes de los servicios de emergencia. Los servicios de urgencia son estresantes para los pacientes, los prestadores y el personal. El centrarse en la evaluación y toma de decisiones rápidas, junto con el flujo constante de pacientes hace que el entorno no sea el adecuado para el adulto mayor.

Por lo tanto, los autores sugieren que a los médicos que atienden adultos mayores con fragilidad utilicen un enfoque destinado a estos pacientes, cuando presentan un cuadro agudo.

Dicho enfoque puede ser aplicado en diversos entornos de atención, como departamentos de emergencia, salas de internación o fuera del horario de la práctica general. Se está basado en la evidencia, siempre que sea posible, pero tiene en cuenta las limitaciones de tiempo y recursos.

Lo que es necesario saber

- Las personas mayores con fragilidad son usuarios frecuentes de los servicios de cuidados agudos
- El enfoque para la evaluación de los adultos mayores frágiles es diferente de la de un paciente más joven
- Debe evaluarse a los adultos mayores que acuden a la atención aguda, con el fin de detectar síndromes de fragilidad (caídas, inmovilidad, incontinencia, confusión), y obtener otros antecedentes de sus cuidadores
- Establecer las prioridades y objetivos de los pacientes para asegurar que las investigaciones y el tratamiento concuerdan con las decisiones y deseos de ellos y sus familias

¿Qué es la fragilidad y cuál es su importancia?

⋮ *La fragilidad es algo que todos los médicos reconocen, pero hay poco consenso para definirla.*

Puede definirse por características como la velocidad de la marcha y la fuerza de prensión, o describirla como una acumulación de diagnósticos, síntomas y problemas relacionados con la edad. Ambos modelos comparten un concepto central de mayor riesgo de efectos adversos derivados de la enfermedad.

En general, se ha observado que los adultos mayores se muestran más enfermos en su presentación, tienen un tiempo de hospitalización más prolongado y los resultados son más pobres. Una revisión sistemática de 26 estudios de adultos mayores dados de alta de departamentos de emergencia halló tasas de reingreso de hasta el 40% a los 6 meses.

Las readmisiones pueden representar problemas médicos no resueltos, falla de apoyo comunitario, o ambos. Independientemente, los datos sugieren la posibilidad de mejorar los resultados después de las presentaciones agudas.

Hay instrumentos que detectan la fragilidad e identifican a aquellos que están en riesgo de malos resultados. Las revisiones sistemáticas señalan que estos instrumentos tienen una precisión pronóstica limitada y no siempre es posible usarlos en salas de agudos.

Sin embargo, la Escala de Fragilidad de Rockwood puede ayudar a clasificar a los pacientes que requieren ser atendidos por un especialista en adultos mayores. Si no hay nada más, las herramientas permiten alertar al médico, quien debe preguntarse: *¿necesito adaptar mi enfoque y esta persona necesita atención especializada, multidisciplinaria?*

¿En qué se diferencia el enfoque de evaluación en presencia de fragilidad?

En los pacientes frágiles, se necesita un enfoque más amplio para el diagnóstico.

Ventajas de una evaluación personalizada de los adultos mayores

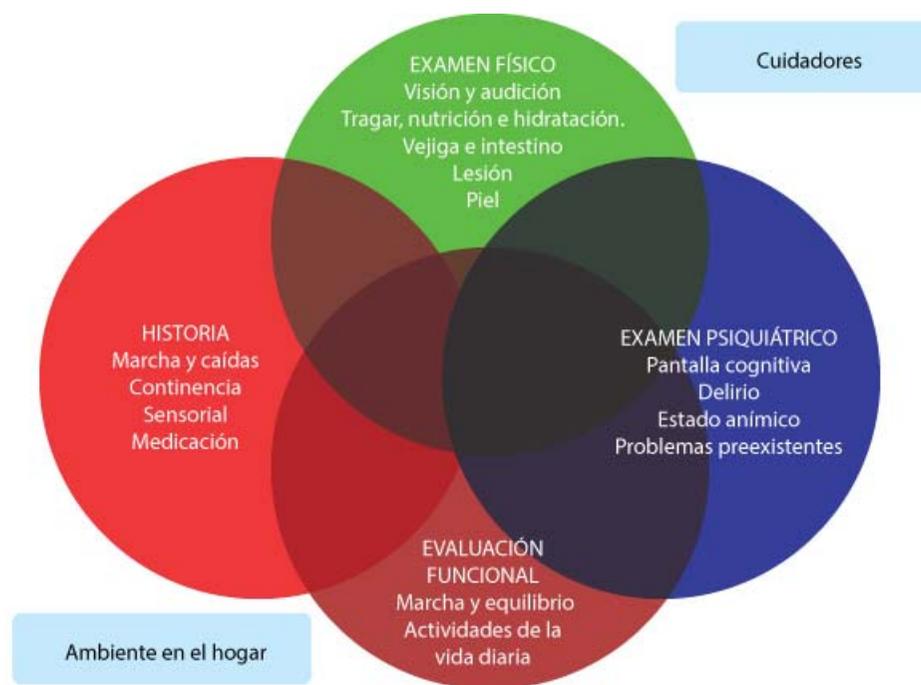
- > **Diagnóstico:** en los adultos mayores, la enfermedad suele presentarse de forma inespecífica. El cribado de los diversos síndromes de fragilidad (caídas, incontinencia, confusión): puede ser de gran ayuda.
- > **Pronóstico:** la detección de síndromes de fragilidad puede poner en evidencia cómo puede el paciente responder al tratamiento, o cuáles pueden ser sus futuras necesidades de salud; por ej., el antecedente de caídas es uno de los predictores más fuertes de caídas futuras (prevenibles).
- > **Legal:** las pruebas de detección cognitiva pueden poner en evidencia la capacidad del paciente para acceder a la intervención médica.
- > **Monitoreo documental:** una evaluación basal para detectar úlceras por presión, moretones por lesiones no accidentales, disfagia orofaríngea, etc., permite evaluar el cambio en el paciente y será útil en los casos de denuncias o investigaciones.
- > **Satisfacción:** tanto los pacientes como el personal pueden sentirse insatisfechos con los cuidados brindados a los adultos mayores en las salas de agudos; de mayor utilidad clínica puede ser un enfoque personalizado, apropiado para la edad, y, en última instancia, más satisfactorio para el médico.

Las presentaciones de las enfermedades agudas tienden a ser inespecíficas, los tratamientos pueden ser modificados y el pronóstico será diferente. Los pacientes con fragilidad suelen tener varios problemas. Requieren ser evaluados en un contexto de comorbilidad compleja y apoyo social.

La atención aguda a menudo no está bien adecuada para los adultos mayores con problemas cognitivos o sensoriales.

Si es posible, las evaluaciones deben realizarse en una habitación tranquila (o más tranquila) distanciada del área principal de evaluación ocupada. Hablar al paciente a una velocidad y volumen que les permita comprender, e involucrar a los cuidadores cuanto sea necesario.

A veces, la aplicación de medidas simples puede hacer que la consulta sea más fácil, tanto para el médico como para el paciente. Por ejemplo: ¿tiene el paciente un audífono y está encendido? Esta evaluación no necesita ser completada en una sesión y debe ser compartida entre los médicos, las enfermeras y otros miembros del equipo multidisciplinario.



Una vez reconocida la fragilidad, seguidamente se considerará derivar al paciente para hacer una la evaluación geriátrica completa (EGC), si fuera necesario.

La evaluación geriátrica completa (EGC) es un proceso especializado, multidimensional e interdisciplinario "enfocado en determinar el aspecto médico, psicosocial y de las capacidades funcionales, para desarrollar un sistema coordinado y un plan integral de tratamiento y seguimiento".

Los resultados de una revisión sistemática de 29 ensayos aleatorizados y controlados apoyan la eficacia de la EGC en las salas de atención de adultos mayores. En el departamento de emergencia, la EGC está menos establecida, a pesar de que hay informes de implementación exitosa.

Contar con personal multidisciplinario capacitado para satisfacer las necesidades de la atención de los adultos mayores en ambientes de cuidados agudos apropiados para su edad se asocia con mejores resultados.

La EGC puede no ser factible en ciertos entornos agudos debido a la falta al tiempo o de un equipo especializado. Sin embargo, los médicos de cuidados agudos deberían poder reconocer la fragilidad y derivar a los equipos especializados.

La EGC no se limita a la atención secundaria ya que una evaluación inicial debe determinar si el paciente es adecuado para ser dado de alta a la comunidad, si es necesario que la evaluación continúe y si debe recibir rehabilitación por un equipo multidisciplinario.

¿Qué se debe cubrir en la evaluación inicial?

Es fundamental la descripción inicial textual de los síntomas (antes de que se altere debido a la repetición del relato). Por ejemplo, los detalles pueden ayudar a distinguir el síncope de las convulsiones. Se deben buscar los problemas subyacentes que precipitaron la presentación y los factores clínicos y sociales coexistentes que puedan complicar el tratamiento.

En las personas con fragilidad puede haber más de un problema causante de deterioro funcional. Es conveniente intentar hacer una lista de problemas en vez de establecer un solo diagnóstico unificador. Los autores recomiendan, como mínimo, evaluar:

> **Síndromes de fragilidad** a veces, la causa de la presentación es obvia, pero a menudo tienden a presentarse con signos y síntomas que no están descritos en los libros de texto. Más bien, la presentación de los síndromes de fragilidad, como caídas, incontinencia, inmovilidad y/o confusión, es la vía común final de múltiples enfermedades.

Puede ser útil preguntarse "si esta persona hubiera tenido 20 años, se habría caído o ¿tendría incontinencia/confusión?" Rara vez la es el único motivo de internación. El precipitante de la presentación suele ser un problema médico subyacente. El uso de etiquetas como "**internación social**", sin ningún intento de evaluación adicional, es inútil y potencialmente peligroso.

La polifarmacia es habitual en las personas que viven con fragilidad y los efectos adversos de los medicamentos son un motivo de hospitalización común. Se debe obtener una lista precisa de medicamentos, incluidos los de venta libre, e interrogar acerca del cumplimiento de estos tratamientos. Existen herramientas para resaltar los medicamentos que son potencialmente inapropiados o que deben priorizarse en la fragilidad.

> **Función** la enfermedad aguda puede presentarse como una alteración funcional. Por ejemplo, el deterioro en la movilidad o la dificultad para el autocuidado o ir al baño. La evaluación como parte de la toma de la historia general suele ser suficiente, aunque existen evaluaciones funcionales estructuradas breves.

Se puede obtener mucho valorando la marcha del paciente, de modo que, si es seguro hacerlo, se puede observar su movilización. A menudo, la capacidad

funcional es el criterio que determina si un paciente puede ser dado de alta al domicilio o si requiere el ingreso para una EGC. Antes del alta, puede ser necesaria una evaluación realizada por los profesionales de la salud que intervienen en la fase aguda.

> **Cognición**_ la evaluación de la cognición en la enfermedad aguda es un equilibrio entre la precisión y la factibilidad. La evaluación subjetiva, no estructurada, soslaya los problemas importantes, mientras que las evaluaciones neuropsicológicas detalladas no son prácticas.

Las herramientas de detección breves pueden evaluar la cognición general y el delirium; por ejemplo, la prueba 4 A es precisa y factible para ser utilizada en las enfermedades agudas. Incluso con pruebas específicas, es fácil ignorar el delirium cuando el adulto mayor parece somnoliento, el cual puede confundir el delirio.

Además de probar la cognición de un paciente en el momento de la presentación, también suele ser útil para determinar si hubo un cambio a través del tiempo. Los cuestionarios cortos y las preguntas individuales dirigidas a cualquiera que conozca al paciente pueden captar la evolución cognitiva.

> **Investigaciones**_ los registros individuales de temperatura, presión arterial y pulso pueden ser engañosos en la fragilidad. Más útil es la evaluación del curso de esos registros, como la prueba de la hipotensión ortostática, ya que es común y con frecuencia se asocia con las caídas. El análisis de orina de rutina no es sensible ni específico para diagnosticar enfermedades en los adultos mayores.

> **Historia colateral y cuidadores**_ un reto frecuente en la evaluación de los adultos mayores es establecer su diferencia basal.. Inicialmente, el contacto con los familiares, cuidadores o cualquier otra fuente de información toma tiempo, pero puede evitar la internación innecesaria o favorecer las alteraciones funcionales y cognitivas que dan lugar a más evaluaciones. El acceso a los registros médicos, recetas y llamadas telefónicas a la atención primaria pueden dar más información que aumentará la eficacia de la evaluación.

Los cuidadores comúnmente informan que en las salas de agudos no se presta suficiente atención al conocimiento que ellos poseen del paciente. A menudo, ellos pueden proporcionar información sobre el historial de fragilidad de un paciente, es decir, el impacto funcional de la enfermedad en el tiempo.

En algunos países, los cuidadores pueden solicitar poderes legales para ayudar en la decisiones sobre el cuidado de la salud. Si es así, si el paciente es incapaz de tomar decisiones informadas, se debe preguntar si alguien posee tales poderes legales. Averiguar cómo se sienten los cuidadores y, si están alterados, ofrecer el apoyo correspondiente ya que las características de su trabajo afecta la salud psicológica. Existen algunas herramientas para evaluar la carga de la atención en el cuidador.

> **Establecer la prioridades de la persona**_ al principio del proceso, se debe intentar establecer las prioridades de la persona. El lema de la medicina de emergencia, "tratar primero lo que mata primero", puede ser inapropiado para las personas con fragilidad.

Es posible que la preocupación primaria no sea evitar la muerte, ya que los tratamientos invasivos pueden entrar en conflicto con las prioridades, entre ellas, el permanecer independiente y vivir o morir en casa. Las preguntas útiles incluyen: "¿Qué es lo importante y qué información se necesita?" Estas preguntas aseguran un enfoque en la persona y no solo en los síntomas de presentación.

Preguntar al paciente y a su familia si existe un plan anticipado para la atención y si tienen deseos específicos sobre el cuidado, lo que debería quedar registrado. El proceso de planificación anticipada del cuidado es útil en las personas con fragilidad, en quienes se esperan cambios en el estado de salud. Incluye la discusión y documentación de cómo se puede manejar el deterioro clínico, por ejemplo, los deseos alrededor de la resucitación cardiopulmonar.

Resumen y comentario objetivo: Dra. Marta Papponetti

Referencias bibliográficas

- 1 Aguayo GA, Donneau AF, Vaillant MT, et al. Agreement between 35 published frailty scores in the general population. *Am J Epidemiol* 2017;186:420-34.10.1093/aje/kwx061 28633404
- 2 Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56:M146-56. 10.1093/gerona/56.3.M146 11253156
- 3 Rockwood K, Stadnyk K, MacKnight C, McDowell I, Hébert R, Hogan DB. A brief clinical instrument to classify frailty in elderly people. *Lancet* 1999;353:205-6.10.1016/S0140-6736(98)04402-X 9923878
- 4 Aminzadeh F, Dalziel WB. Older adults in the emergency department: a systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. *Ann Emerg Med* 2002;39:238-47. 10.1067/mem.2002.121523 11867975
- 5 Geriatric Emergency Medicine. In: Nickel C, Bellou A, Conroy S, eds. Springer, 2018.
- ç6 Banerjee J, Conroy S. The silver book: quality care for older people with urgent and emergency care needs. British Geriatric Society 2012. http://www.bgs.org.uk/campaigns/silver/silver_book_complete.pdf.
- 7 Gruneir A, Silver MJ, Rochon PA. Emergency department use by older adults: a literatura review on trends, appropriateness, and consequences of unmet health care needs. *Med Care Res Rev* 2011;68:131-55. 10.1177/1077558710379422 20829235
- 8 McCusker J, Verdon J. Do geriatric interventions reduce emergency department visits? A systematic review. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2006;61:53-62.10.1093/gerona/61.1.53 16456194
- 9 Elliott A, Hull L, Conroy SP. Frailty identification in the emergency department-a systematic review focussing on feasibility. *Age Ageing* 2017;46:509-13.10.1093/ageing/afx019 28200012
- 10 Wou F, Gladman JR, Bradshaw L, Franklin M, Edmans J, Conroy SP. The predictive properties of frailty-rating scales in the acute medical unit. *Age Ageing* 2013;42:776-81.10.1093/ageing/aft055 23666406

- 11 Rockwood K, Song X, MacKnight C, et al . A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ* 2005;173:489-95. 10.1503/cmaj.050051 16129869
- 12 Pugh RJ, Ellison A, Pye K, et al . Feasibility and reliability of frailty assessment in the critically ill: a systematic review. *Crit Care* 2018;22:49.10.1186/s13054-018-1953-9 29478414
- 13 Quinn TJ, McArthur K, Ellis G, Stott DJ. Functional assessment in older people. *BMJ* 2011;343:d4681. 10.1136/bmj.d4681 21859792 14 Parker SG, McCue P, Phelps K, et al . What is Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)? An umbrella review. *Age Ageing* 2018;47:149-55. 10.1093/ageing/afx166 29206906
- 15 Ellis G, Gardner Mike, Tsiachristas A, et al Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;9:CD006211.pub3.
- 16 Conroy SP, Ansari K, Williams M, et al . A controlled evaluation of comprehensive geriatric assessment in the emergency department: the 'Emergency Frailty Unit'. *Age Ageing* 2014;43:109-14. 10.1093/ageing/aft087 23880143
- 17 Graf CE, Zekry D, Giannelli S, Michel JP, Chevalley T. Efficiency and applicability of comprehensive geriatric assessment in the emergency department: a systematic review. *Ageing Clin Exp Res* 2011;23:244-54. 10.1007/BF03337751 20930499
- 18 Hogan DB, Maxwell CJ, Afilalo J, et al . A scoping review of frailty and acute care in middle-aged and older individuals with recommendations for future research. *Can Geriatr J* 2017;20:22-37. 10.5770/cgj.20.240 28396706
- 19 Offord N, Harriman P, Dwones T. Discharge to assess: transforming the discharge process of frail older patients. *Future Healthcare J* 2017;4:30-2.
- 20 The Challenge of Geriatric Medicine. *Isaacs B*. Oxford University Press, 1992.
- 21 Lavan AH, Gallagher P, Parsons C, O'Mahony D. STOPPFrail (Screening Tool of Older Persons Prescriptions in Frail adults with limited life expectancy): consensus validation. *Age Ageing* 2017;46:600-7.28119312
- 22 Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D. STOPP (screening tool of older person's prescriptions) and START (screening tool to alert doctors to right treatment). Consensus validation. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2008;46:72-83.10.5414/CP46072 18218287
- 23 Wehling M, Collins R, Gil VM, et al . Appropriateness of oral anticoagulants for the long-term treatment of atrial fibrillation in older people: results of an evidence-based review and international consensus validation process (OAC-FORTA 2016). *Drugs Aging* 2017;34:499-507. 10.1007/s40266-017-0466-6 28493216
- 24 MacIsaac RL, Ali M, Taylor-Rowan M, Rodgers H, Lees KR, Quinn TJVISTA Collaborators. Use of a 3-item short-form version of the Barthel Index for use in

stroke: systematic review and external validation. *Stroke* 2017;48:618-23.10.1161/STROKEAHA.116.014789 28154094

25 Lees RA, Hendry Ba K, Broomfield N, Stott D, Larner AJ, Quinn TJ. Cognitive assessment in stroke: feasibility and test properties using differing approaches to scoring of incomplete items. *Int J Geriatr Psychiatry* 2017;32:1072-8. 10.1002/gps.4568 27526678

26 Quinn TJ, Elliott E, Langhorne P. Cognitive and mood assessment tools for use in stroke. *Stroke* 2018;49:483-90. 10.1161/STROKEAHA.117.016994 29284733

27 Bellelli G, Morandi A, Davis DHJ, et al . Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: a study in 234 hospitalised older people. *Age Ageing* 2014;43:496-502.10.1093/ageing/afu021 24590568

28 Harrison JK, Fearon P, Noel-Storr AH, McShane R, Stott DJ, Quinn TJ. Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) for the diagnosis of dementia within a secondary care setting. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;10:CD010772.25754745

29 Hendry K, Hill E, Quinn TJ, Evans J, Stott DJ. Single screening questions for cognitive impairment in older people: a systematic review. *Age Ageing* 2015;44:322-6. 10.1093/ageing/afu167 25385272

30 Downey CL, Tahir W, Randell R, Brown JM, Jayne DG. Strengths and limitations of early warning scores: A systematic review and narrative synthesis. *Int J Nurs Stud*

2017;76:106-19. 10.1016/j.ijnurstu.2017.09.003 28950188

31 Heldeweg MLA, Jorge PJF, Ligtenberg JJM, Ter Maaten JC, Harms MPM. Orthostatic blood pressure measurements are often overlooked during the initial evaluation of syncope in the emergency department. *Blood Press Monit* 2018;23:294-6.30161039

32 Schulz L, Hoffman RJ, Pothof J, Fox B. Top ten myths regarding the diagnosis and treatment of urinary tract infections. *J Emerg Med* 2016;51:25-30.10.1016/j.jemermed.2016.02.009 27066953

33 Grief CL. Patterns of ED use and perceptions of the elderly regarding their emergency care: a synthesis of recent research. *J Emerg Med* 2007;22:1527-31.

34 Ankuda CK, Maust DT, Kabeto MU, McCammon RJ, Langa KM, Levine DA. Association between spousal caregiver well-being and care recipient healthcare expenditures. *J Am Geriatr Soc* 2017;65:2220-6. 10.1111/jgs.15039 28836269

35 Bédard M, Molloy DW, Squire L, Dubois S, Lever JA, O'Donnell M. The Zarit Burden Interview: a new short version and screening version. *Gerontologist* 2001;41:652-7.10.1093/geront/41.5.652 11574710

36 ALLIANCE Health and Social Care Alliance Scotland, Dementia Carer Voices. Rights and the carer voice: leading change—transforming care: 5 steps to change. 2017. <https://www.alliance-scotland.org.uk/wp-content/uploads/2017/12/ALLIANCE-DCV-5-Steps-tochange-flyer-with-links.pdf>.

37 Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *BMJ* 2010;340:c1345.10.1136/bmj.c1345 20332506

