



VNIVERSITAT
ID VALÈNCIA

TRABAJO FIN DE MÁSTER

*“Valoración de la fragilidad en el paciente oncológico
paliativo ingresado en la Unidad de Hospitalización a
Domicilio del Hospital General de Valencia”*

Autora: Susana León Ramón

Tutor: Emmanuel Navarro Flores

Facultad de enfermería y podología de Valencia

Curso 2020-2021

Artículo original

**“Valoración de la fragilidad en el paciente oncológico paliativo ingresado en la
Unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital General de Valencia”**

Título corto

**“Valoración de la fragilidad en el paciente oncológico paliativo en la unidad de
hospitalización a domicilio”**

Original Article

**"Assessment of frailty in the palliative oncological patient admitted to the home
hospitalization unit of the general hospital of Valencia"**

Short running title

**Assessment of frailty in the palliative oncological patient at home hospitalization
unit**

Susana León-Ramón, MsC, RN (1) sulera@alumni.uv.es

Emmanuel Navarro-Flores, PhD, MsC, DP (2) emmanuel.navarro@uv.es

(1) Unidad de Hospitalización Domiciliaria del Hospital General Universitario de Valencia
Department of Nursing, Faculty of Nursing and Podiatry, Universidad de Valencia,
Valencia, Spain

(2) Department of Nursing, Faculty of Nursing and Podiatry, Frailty Research Organized
Group, Universidad de Valencia, Valencia, Spain

Address all correspondence to:

e mail: emmanuel.navarro@uv.es

Faculty of Nursing and Podiatry, Department of Nursing. University of Valencia. Frailty
Research Organized Group. (FROG) Calle Jaime Roig SN CP 46001 Valencia Spain

RESUMEN

El cáncer es una condición que puede aumentar el riesgo de fragilidad. Además, la hospitalización domiciliaria y el tratamiento oncológico puede repercutir sobre las actividades de la vida diaria.

El objetivo principal fue medir el grado de fragilidad en población oncológica en hospitalización domiciliaria.

Método: Se trata de un estudio descriptivo transversal. Se reclutó una muestra de enfermos oncológicos paliativos en hospitalización domiciliaria (n = 50) que incluía 27 hombres y 23 mujeres, y se midió la discapacidad por fragilidad utilizando el índice Frail-VIG y la escala Barthel para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Resultados: Los coeficientes de correlación de Spearman se categorizaron como débiles ($rs \leq 0,40$), moderados ($0,41 \leq rs \leq 0,69$) o fuertes ($0,70 \leq rs \leq 1,00$), existiendo una fuerte correlación indirecta del índice Frail-VIG con los siguientes dominios de la escala Barthel: usar el retrete con un valor rs) -0.810 ($p < 0.001$), trasladarse -0.831 ($p < 0.001$), deambular -0.805 ($p < 0.001$), comer -0.718 ($p < 0.001$), vestirse -0.770 ($p < 0.001$) y micción -0.704 ($p < 0.001$), y una moderada correlación indirecta para los dominios lavarse -0.650 ($p < 0.001$), arreglarse -0.661 ($p < 0.001$) y deposiciones -0.637 ($p < 0.001$).

Conclusión: El índice Frail-VIG por encima de 0.35 puntos, es decir, de moderado a severo, no afecta las ABDV salvo en la dimensión nutricional en una población oncológica paliativa en hospitalización domiciliaria, se necesitan más investigaciones que valoren el grado de fragilidad con el índice Frail-VIG en una población oncológica.

PALABRAS CLAVE: Fragilidad, Cuidados paliativos, Cáncer, Atención domiciliaria,

Índice Frágil-VIG

ABSTRACT

Cancer is a condition that can increase the risk of frailty. In addition, home hospitalization and cancer treatment can affect activities of daily living.

The main objective was to measure the degree of frailty in the oncological population in home hospitalization.

Method: This is a descriptive cross-sectional study. A sample of cancer patients in home hospitalization (n = 50) that included 27 men and 23 women was recruited, and disability due to frailty was measured using the VIG frailty index and the Barthel scale for Activities of Daily Living (ADLs).

Results: Spearman's correlation coefficients were categorized as weak ($r_s \leq 0.40$), moderate ($0.41 \leq r_s \leq 0.69$) or strong ($0.70 \leq r_s \leq 1.00$), with a strong correlation indirect of the Frail-VIG index between the domains of the Barthel: scale using the toilet with a value r_s) -0.810 ($p < 0.001$), moving -0.831 ($p < 0.001$), wandering -0.805 ($p < 0.001$), eat -0.718 ($p < 0.001$), dressing -0.770 ($p < 0.001$) and urination -0.704 ($p < 0.001$), and a moderate indirect correlation for the domains washing -0.650 ($p < 0.001$), grooming -0.661 ($p < 0.001$) and stools -0.637 ($p < 0.001$).

Conclusion: The Frail-VIG index above 0.35 points, that is, from moderate to severe, does not affect ADLs except in the nutritional dimension in a palliative oncological population in home hospitalization, more research is needed to assess the degree of frailty with Frail-VIG index in an oncological population.

KEY WORDS: Frailty, Palliative care, Cancer, home care, Frail-VIG Index

INTRODUCCIÓN

Son muchos los factores que han hecho que hoy en día el cáncer sea una de las principales causas de muerte en todo el mundo, uno de ellos el aumento de la esperanza de vida ya que muchos cánceres se manifiestan en edad avanzada. (1). Cuando el cáncer es incurable damos paso a los cuidados paliativos los cuales se definen según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como los destinados a “mejorar la calidad de vida de los pacientes y de sus familias cuando afrontan problemas de orden físico, psicológico, social o espiritual inherentes a una enfermedad potencialmente mortal” (2). Es por ello que gran parte de pacientes que reciben cuidados paliativos son personas de edad avanzada, pues envejecimiento y cáncer están relacionados (1).

El cáncer es a nivel mundial una de las principales causas de mortalidad, aproximadamente de 9,9 millones de muertes en 2020 según la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) y se estima que seguirá aumentando (3).

En España se prevé que en 2021 el número de cánceres diagnosticados llegará a 276.639 según cálculos de la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN) (4) . Por lo que esto nos indica que, en muchos casos, los cuidados paliativos acabaran siendo uno de los principales recursos (5).

Cuando nos referimos a los cuidados paliativos debemos ser conscientes de que estos no han de limitarse a los últimos días de vida, pues han de ser proporcionados según las necesidades tanto del paciente como de la familia durante el transcurso de la enfermedad (6).

Podemos definir la fragilidad como un estado de gran vulnerabilidad debido a diferentes factores de estrés que hacen que disminuya la resistencia, la fuerza y las reservas funcionales causando mayor riesgo de dependencia y/o la muerte (7–9).

Existen varios índices de fragilidad que nos pueden ayudar a establecer el diagnóstico situacional de un paciente, dichos índices se usan con personas ancianas pero no se ha estudiado la fragilidad en el ámbito de la oncología paliativa con adultos mayores, de hecho son escasas las herramientas que disponemos para poder valorar el grado de fragilidad en este tipo de pacientes (10).

Si nos basamos en el modelo de acumulación de déficits, los índices de fragilidad nos permiten medir con una variable continua el grado de vulnerabilidad y por ello la edad biológica de las personas (11).

En este estudio observacional vamos a utilizar el Índice Frail-VIG (valoración geriátrica integral) (12) con el objetivo de analizar el grado de fragilidad de los pacientes oncológicos paliativos ingresados en la Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD) del Hospital General de Valencia.

La UHD es una alternativa a la hospitalización convencional ya que el paciente es atendido por los profesionales sanitarios de la misma manera que en el hospital pero en su domicilio, con el objetivo de asegurarle todos los cuidados y tratamientos paliativos necesarios, tanto para el paciente como para su familia.

HIPÓTESIS

La fragilidad en pacientes oncológicos paliativos ingresados en la UHD tendría una influencia significativa en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

-Determinar el grado de fragilidad de los pacientes oncológicos paliativos ingresados en la unidad de hospitalización a domicilio del Hospital General Universitario de Valencia mediante el Índice Frágil-VIG.

OBJETIVO ESPECIFICO

-Describir el perfil sociodemográfico, clínico y funcional de los pacientes en el estudio.

-Analizar la influencia de la fragilidad del paciente en las ABVD.

MATERIAL Y METODO

-Diseño: Se trata de un estudio observacional descriptivo trasversal. Siguiendo la metodología STROBE para realización de estudios observacionales (13). Realizado durante los meses de octubre de 2020 a mayo de 2021 en el servicio de UHD del CHGUV (Consortio Hospital General de Valencia), hospital de agudos con una ocupación de 503 camas que abarca una población de referencia de 364.000 habitantes.

-Tamaño muestral: La determinación del tamaño muestral se llevó a cabo mediante el cálculo con G * Power 3.1.9.2 (Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf; Düsseldorf, Germany) después de probar la correlación entre dos medias pareadas con respecto a la correspondencia con un coeficiente de correlación de Spearman de 0.40 y un 95% intervalo de confianza (IC) para un test de dos colas, con un error α de 0.05, una potencia de análisis estimada del 80% (error β = 20%), estimando un tamaño de muestra final de 46 participantes (14).

Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética del CHGUV código 171/2020. Los pacientes o en su defecto cuidadores principales que decidieron participar de manera voluntaria firmaron hoja de información al paciente y consentimiento informado en el momento de la recogida de datos

-Población de estudio: Se han incluido a 50 pacientes oncológicos paliativos ingresados en la UHD en el momento de la recogida de datos, con el fin de analizar la fragilidad mediante el Índice Frágil-VIG.

-Criterios de inclusión: Se han incluido a los pacientes de edades entre 41 y 96 años diagnosticados de una enfermedad oncológica paliativa, tanto hombres como mujeres, mayores de edad en el momento del estudio y que se encontraban en tratamiento por el equipo de la UHD.

-Procedimiento: Una enfermera especializada en cuidados paliativos (SLR) realizó una evaluación de la función cognitiva para establecer la elegibilidad cognitiva del participante. Tras la evaluación, los investigadores explicaron en detalle los procedimientos del estudio a los participantes.

La entrevista estuvo compuesta por preguntas generales de estado de salud general, características sociodemográficas (sexo, edad, IMC, altura y peso), comorbilidades (por ejemplo, ansiedad, depresión, diabetes, obesidad, enfermedades osteoarticulares y trastornos vasculares, enfermedad renal) recopilando registros médicos.

-Criterios de exclusión: Se ha excluido en este estudio a todo paciente con muy mal pronóstico, cuya expectativa de vida era inferior a 15 días en el momento de la recogida de datos.

-Instrumentos clinimétricos: para determinar el grado de fragilidad de la población de estudio se empleó el Índice Frágil-VIG (15) que se usa para valorar el nivel de fragilidad

de una persona, consta de 22 preguntas divididas en 8 dominios, en las cuales se evalúa:

- 1.dominio funcional ; dividiendo entre las AIVD (actividades instrumentales de la vida diaria): manejo del dinero, utilización del teléfono y control de medicación; y por otro lado ABVD (utilizando el Índice Barthel) ,
- 2.dominio nutricional (evaluando pérdida de peso $\geq 5\%$ en los últimos 6 meses),
- 3.dominio cognitivo (mediante Escala Global Deterioration Scale de Reisberg),
- 4.dominio emocional: síndrome depresivo e insomnio/ansiedad,
- 5.dominio social (vulnerabilidad social),
- 6.síndromes geriátricos :delirium, caídas, úlceras, polifarmacia, disfagia;
- 7.síntomas graves :dolor y disnea; y
- 8.enfermedades: cáncer, respiratorias, cardíacas, neurológicas, digestivas y renales (14).

Las puntuaciones totales determinan cuatro grados de fragilidad desde 0 a 0.7, siendo <0.20 no frágil, entre 0.21 y 0.35 fragilidad leve, entre 0.36 y 0.50 moderada y >0.51 avanzada.

Mediante Índice Barthel evaluamos el estado funcional de los pacientes a través de la valoración de 10 actividades de la vida diaria: comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposiciones, micciones, uso del retrete, trasladarse, deambular y uso escalones. Se puntúan de 0 a 100 siendo totalmente independiente si se obtiene una puntuación de 100 y totalmente dependiente si se obtienen 0 puntos (16).

Análisis de datos

La totalidad de las variables se distribuyeron normalmente, según lo determinado por la prueba de Kolmogórov-Smirnov ($p > 0.05$).

Los datos paramétricos se determinaron utilizando la media, la desviación estándar (DE) y los valores mínimo y máximo (rango).

Se realizó una comparación de los datos cuantitativos para las diferentes subescalas del cuestionario Frail-VIG y la escala Barthel, y se verificaron las diferencias significativas

mediante una prueba t de Student para muestras independientes. Los datos no normales se analizaron mediante pruebas U de Mann-Whitney.

Se determinaron los coeficientes de correlación de Spearman (r_s) y se calificaron como r_s bajo ≤ 0.40 , moderado $0.41 \leq r_s \leq 0.69$ o robusto $0.70 \leq r_s \leq 1.00$.

Todos los análisis se consideraron estadísticamente significativos cuando el valor de $p < 0.05$ con un intervalo de confianza (IC) del 95%. Los análisis estadísticos se desarrollaron con SPSS (V.26.0, Chicago, IL, Estados Unidos).

RESULTADOS

Datos descriptivos y datos sociodemográficos

Se mostraron diferencias significativas para la edad, la altura, el peso y el IMC ($p < 0.05$).

El tamaño de la muestra incluyó a 50 sujetos cuya edad media fue $79,78 \pm 10,87$ años.

Los sujetos de estudio incluyeron 23 mujeres y 27 hombres. La tabla 1 muestra las características sociodemográficas.

Tablas 1, 2, 3 y 4

Tabla 1. Datos descriptivos y sociodemográficos de la muestra.

Datos demográficos y descriptivos	Grupo total N = 50 Media \pm DE (Rango)	Mujer n = 23 Media \pm DE (Rango)	Hombre n = 27 Media \pm DE (Rango)	Valor p
Edad (Años)	79.78 \pm 10.87 (76.68-82.87)	80.73 \pm 10.37 (76.25-85.22)	78.96 \pm 11.41 (74.44-83.47)	<0.001

Peso (kg)	64.54 ± 14.56 (60.39-68.68)	61.41 ± 14.70 (55.05-67.77)	67.20 ± 14.18 (61.59-72.81)	<0.001
Altura (m)	1.62 ± 0.09 (1.60-1.65)	1.55 ± 0.06 (1.52-1.58)	1.68 ± 0.06 (1.65-1.71)	<0.001
IMC (Kg / m2)	24.32 ± 4.92 (22.92-25.72)	25.21 ± 5.59 (55.05-67.77)	23.57 ± 4.24 (21.89-25.25)	<0.001

IMC: índice de masa corporal; * Se aplicó media _ desviación estándar, rango (min-máx.) y prueba t de Student para muestras independientes. En todos los análisis se consideró estadísticamente significativa p <0.05 (con un intervalo de confianza del 95%)

Tabla 2. Resultados de fiabilidad, correlación ítem-total y diferencia sistemática del Índice Frágil-VIG según cada ítem

N = 50					
ÍNDICE FRAIL-VIG		Media ± Desviación típica (95% IC)	Correlación ítem – total corregida	Alfa de Cronbach si se suprime elemento	Valor p
FUNCIONAL	Ítem 1. Manejo del dinero	0.64±0.48 (0.50-0.77)	0.294	0.714	<0.001
	Ítem 2. Utilización del teléfono	0.44±0.50 (0.29-0.58)	0.630	0.688	<0.001
	Ítem 3. Control de medicación	0.52±0.50 (0.37-0.66)	0.677	0.684	<0.001
	Ítem 4. Índice Barthel	1.60±0.94 (1.33-1.86)	0.755	0.650	<0.001

NUTRICIONAL	Ítem 5. Malnutrición	0.68±0.47 (0.54-0.81)	0.134	0.632	<0.001
COGNITIVO	Ítem 6. Grado de deterioro cognitivo	0.48±0.64 (0.29-0.66)	0.475	0.724	<0.001
EMOCIONAL	Ítem 7. Síndrome depresivo	0.20±0.40 (0.08-0.31)	0.028	0.696	<0.001
	Ítem 8. Insomnio/Ansiedad	0.62±0.49 (0.48-0.75)	0.350	0.730	<0.001
SOCIAL	Ítem 9. Vulnerabilidad social	0.10±0.30 (0.01-0.18)	-0.025	0.710	0.024
SINDROMES GERIATRICOS	Ítem 10. Delirium	0.20±0.40 (0.08-0.31)	0.285	0.730	<0.001
	Ítem 11. Caídas	0.16±0.37 (0.05-0.26)	-0.050	0.715	0.004
	Ítem 12. Úlceras	0.28±0.45 (0.15-0.40)	0.380	0.733	<0.001
	Ítem 13. Polifarmacia	0.84±0.37 (0.73-0.94)	0.301	0.708	<0.001
	Ítem 14. Disfagia	0.14±0.35 (0.04-0.23)	0.176	0.715	0.007
SINTOMAS GRAVES	Ítem 15. Dolor	0.64±0.48 (0.50-0.77)	-0.069	0.721	<0.001
	Ítem 16. Disnea	0.26±0.44 (0.13-0.38)	-0.003	0.738	<0.001

ENFERMEDADES	Ítem 17. Cáncer	1.00±0.00	NA	0.733	NA
	Ítem 18. Respiratorias	0.30±0.46 (0.16-0.43)	-0.233	0.747	<0.001
	Ítem 19. Cardiacas	0.42±0.49 (0.27-0.56)	0.185	0.721	<0.001
	Ítem 20. Neurológicas	0.14±0.35 (0.04-0.23)	0.241	0.718	0.007
	Ítem 21. Digestivas	0.34±0.47 (0.20-0.47)	-0.006	0.734	<0.001
	Ítem 22. Renales	0.32±0.47 (0.18-0.45)	0.240	0.717	<0.001

IC: intervalo de confianza. Se utilizaron las pruebas t student. En todos los análisis, p <0,05 con un intervalo de confianza del 95%) se consideró estadísticamente significativo

Tabla 3. Resultados de fiabilidad, correlación ítem-total y diferencia sistemática del Índice Barthel según cada ítem

N=50				
INDICE BARTHEL	Media ± Desviación típica (95% IC)	Correlación ítem – total corregida	Alfa de Cronbach si se suprime elemento	Valor p
Comer	7.20 ± 3.66 (6.15 – 8.24)	0.724	0.933	<0.001
Lavarse	2.40 ± 2.52 (1.68 – 3.11)	0.737	0.935	<0.001

Vestirse	4.70 ± 3.55 (3.68 – 5.71)	0.796	0.930	<0.001
Arreglarse	2.80 ± 2.50 (2.08 – 3.51)	0.724	0.936	<0.001
Deposiciones	6.30 ± 3.88 (5.19 – 7.40)	0.642	0.937	<0.001
Micción	5.30 ± 4.33 (4.06 – 6.53)	0.723	0.933	<0.001
Usar el retrete	5.00 ± 3.91 (3.88 – 6.11)	0.843	0.928	<0.001
Trasladarse	8.70 ± 5.32 (7.18 – 10.21)	0.891	0.925	<0.001
Deambular	9.00 ± 5.89 (7.32 – 10.67)	0.891	0.927	<0.001
Escalones	3.40 ± 3.56 (2.38 – 4.41)	0.750	0.932	<0.001

IC: intervalo de confianza; NA: No aplicable. Se utilizaron las pruebas t Student. En todos los análisis, p <0,05 con un intervalo de confianza del 95% se consideró estadísticamente significativa

Tabla 4. Correlaciones de Spearman entre dominios de índice Frail-VIG y la escala de Barthel

Índice Frail-VIG/ Escala Barthel	Comer r (P)	Lavarse r (P)	Vestirse r (P)	Arreglarse r(P)	Deposiciones r (P)	Micción r (P)	Usar el retrete r (P)	Trasladarse r (P)	Deambular r (P)	Escalones r (P)
FUNCIONAL	-0.718 (<0.001)	-0.650 (<0.001)	-0.770 (<0.001)	-0.661 (<0.001)	-0.637 (<0.001)	-0.704 (<0.001)	-0.810 (<0.001)	-0.831 (<0.001)	-0.805 (<0.001)	-0.730 (<0.001)

NUTRICIONAL	0.820 (0.569)	0.144 (0.318)	0.010 (0.947)	0.169 (0.240)	0.058 (0.690)	0.000 (1.000)	-0.111 (0.444)	0.029 (0.840)	0.050 (0.731)	0.011 (0.938)
COGNITIVO	-0.614 (<0.001)	-0.327 (0.021)	-0.391 (0.005)	-0.457 (<0.001)	-0.368 (0.009)	-0.473 (<0.001)	-0.415 (0.003)	-0.487 (<0.001)	-0.399 (0.004)	-0.361 (0.010)
EMOCIONAL	-0.203 (0.158)	0.020 (0.892)	-0.277 (0.052)	-0.156 (0.278)	-0.233 (0.104)	-0.008 (0.958)	-0.239 (0.094)	-0.132 (0.362)	-0.183 (0.203)	-0.103 (0.475)
SOCIAL	0.162 (0.261)	0.080 (0.580)	0.030 (0.835)	0.111 (0.369)	0.027 (0.853)	0.137 (0.342)	-0.030 (0.839)	0.086 (0.552)	0.002 (0.987)	0.044 (0.763)
SINDROMES GERIATRICOS	-0.451 (<0.001)	-0.465 (<0.001)	-0.509 (<0.001)	-0.494 (<0.001)	-0.256 (0.073)	-0.486 (<0.001)	-0.449 (<0.001)	-0.546 (<0.001)	-0.482 (<0.001)	-0.441 (<0.001)
SINTOMAS GRAVES	-0.004 (0.979)	0.051 (0.724)	0.115 (0.427)	0.088 (0.544)	-0.047 (0.748)	0.154 (0.285)	-0.021 (0.883)	0.106 (0.465)	0.173 (0.230)	-0.007 (0.961)
ENFERMEDADES	-0,055 (0,703)	-0,210 (0,144)	-0,169 (0,239)	-0,047 (0,745)	-0,295 (0,038)	-0,259 (0,070)	-0,202 (0,160)	-0,268 (0,060)	-0,181 (0,209)	-0,356 (0,011)

Se aplicaron el coeficiente de correlación de Spearman (r) y el valor P. En todos los análisis se consideró estadísticamente significativo $p < 0,05$ con un intervalo de confianza del 95%.

- Índice Frail-VIG y Escala Barthel no mostraron una distribución normal ($p < 0.05$).

-El coeficiente de correlación de Spearman entre el Índice Frail-VIG y el Índice Barthel muestra una correlación más robusta para el estado nutricional, con un valor $r (s) 0.820$ ($p=0.569$).

Los resultados de la tabla 4 muestran una fuerte correlación indirecta entre los dominios usar el retrete con un valor $r_s -0.810$ ($p < 0.001$), trasladarse -0.831 ($p < 0.001$), deambular -0.805 ($p < 0.001$), comer -0.718 ($p < 0.001$), vestirse -0.770 ($p < 0.001$) y micción -0.704 ($p < 0.001$) y una moderada correlación indirecta para los dominios lavarse -0.650 ($p < 0.001$), arreglarse -0.661 ($p < 0.001$) y deposiciones -0.637 ($p < 0.001$).

-Según los resultados obtenidos, hubo 4 (8%) pacientes no frágiles, 9 (18%) con fragilidad leve, 25 (50%) con fragilidad moderada y 12 (24%) con fragilidad avanzada. Los demás resultados se muestran en la tabla 5, donde cabe destacar los ítems con porcentajes más elevados que son los de malnutrición, polifarmacia y ansiedad/depresión.

Al ser un estudio basado en enfermos oncológicos paliativos dichos ítems están claramente relacionados con los problemas comunes de este tipo de pacientes pues algunos de los síntomas más habituales en el cáncer avanzado son: falta de apetito, náuseas, vómitos, estreñimiento, diarrea, insomnio, ansiedad, depresión, disnea, dolor, entre otros (17).

Tabla 5

Tabla 5 Resultados del índice Frail-VIG (n (%))

ÍNDICE FRAIL-VIG					
Dominio	Ítem	SI	NO		
FUNCIONAL	Ítem 1. Manejo del dinero	32(64%)	18(36%)		
	Ítem 2. Utilización del teléfono	22 (44%)	28(56%)		
	Ítem 3. Control de medicación	26 (52%)	24(48%)		
DEPENDENCIA Ítem 4. Índice Barthel		Sin dependencia (BI ≥ 95)	Depende ncia leve- moderada (BI 90– 65)	Dependen cia moderada -grave (BI 60–25)	Depende ncia absoluta (BI ≤ 20)
		6 (12%)	18 (36%)	16 (32%)	10 (20%)
NUTRICIONAL Ítem 5. Malnutrición		SI	NO		
		34 (68 %)	16 (32 %)		
COGNITIVO	Ítem 6. Grado de deterioro cognitivo	Sin deterioro cognitivo	Leve- moderado	Grave muy grave	

		30 (60%)	16 (32%)	4 (8%)
EMOCIONAL		SI	NO	
	Ítem 7. Síndrome depresivo	10 (20%)	40 (80%)	
	Ítem 8. Insomnio/Ansi edad	31 (62%)	19 (38%)	
SOCIAL	Ítem 9. Vulnerabilidad social	5 (10%)	45 (90%)	
SINDROMES GERIÁTRICOS	Ítem 10. Delirium	10 (20%)	40 (80%)	
	Ítem 11. Caídas	8 (16%)	42 (84%)	
	Ítem 12. Úlceras	14 (28%)	36 (72%)	
	Ítem 13. Polifarmacia	42 (84%)	8 (16%)	
	Ítem 14. Disfagia	7 (14%)	43 (86%)	
SINTOMAS GRAVES	Ítem 15. Dolor	32 (64%)	18 (36%)	
	Ítem 16. Disnea	13 (26%)	37 (74%)	

ENFERMEDADES	Ítem 17. Cáncer	50 (100%)	0 (0%)
	Ítem 18. Respiratorias	15 (30%)	35 (70%)
	Ítem 19. Cardiacas	21 (42%)	29 (58%)
	Ítem 20. Neurológicas	7 (14%)	43 (86%)
	Ítem 21. Digestivas	17 (34%)	33 (66%)
	Ítem 22. Renales	16 (32%)	34 (68%)

VIG: Evaluación Geriátrica Integral; BI: Índice Barthel

DISCUSION

Se observa que gran parte de los pacientes oncológicos paliativos ingresados en la UHD presentan altos grados de fragilidad y diferentes niveles de dependencia para ABVD

Así mismo vemos que la malnutrición, la polifarmacia y la ansiedad/insomnio se manifiestan de manera significativa en este estudio, ya que a su vez todos ellos son marcadores importantes al final de la vida (18) .

En nuestro estudio el 68% presentaban pérdida de peso del 5% total durante los 6 meses previos; pues la caquexia es un síntoma habitual de las enfermedades oncológicas (19),

caracterizado por la pérdida de masa muscular y por el progresivo deterioro funcional que es imposible de revertir; resultado similar al estudio de Amblás-Novellas et al. (20), donde también se centra en pacientes paliativos, con 63.2% de los sujetos de estudio afectados por este síntoma.

En cambio, otros estudios muestran resultados más dispares pues no se centran solo en pacientes paliativos como tal si no que se basan en pacientes ancianos en general, ejemplo de ello son el estudio de Mota-Romero et al. (21) donde solo un 8.7% muestra desnutrición u otro estudio de Amblás-Novellas et al (12) con un 32.2%. Por el contrario todos los estudios anteriormente mencionados coinciden con el nuestro en el porcentaje de pacientes polimedicados pues el 84% de nuestros pacientes toman más de 5 medicamentos diarios, similar al 83.2% del estudio de Mota-Romero et al (21) y al 80% de Amblás-Novellas et al (15) , pues existe una relación estrecha entre la edad avanzada y la polifarmacia para el manejo de síntomas.

El 92% de los pacientes tienen algún tipo de fragilidad, porcentaje muy similar al estudio de Amblás-Novellas et al. (12) donde el 92,5% eran pacientes paliativos frágiles.

La media de edad ha sido de 79.78 años, la cual es inferior a la de otros estudios realizados por Zamora-Sánchez et al (22) o Amblás-Novellas et al (15) donde las medias de edad fueron 88 y 86.4 años respectivamente.

En nuestro estudio comprobamos que el coeficiente de correlación de Spearman entre índice Frail-VIG y escala Barthel es negativo, es por ello que la fragilidad influye indirectamente con las ABVD.

Deben tenerse en cuenta varias limitaciones de esta investigación. Una población de diferentes territorios puede ser útil para mejorar los resultados.

Este trabajo solo ha determinado las ABVD puede influir en un mayor grado de fragilidad en paciente oncológico paliativo en una unidad de hospitalización domiciliaria y encontramos que las ABVD no afectan a la fragilidad determinada con el índice Frail-VIG, salvo en el caso de las relacionadas con aspectos nutricionales de la escala Barthel. Aunque la deambulaci3n y el rendimiento funcional y el riesgo de ca3da son muy comunes en personas fr3giles (14,23), esta investigaci3n tambi3n debe ser desarrollada para otros grupos de poblaci3n para determinar el grado de fragilidad, por ejemplo, en viudas que suelen tener puntuaciones m3s altas de fragilidad por aspectos psicosociales. (24–26).

Adem3s, el muestreo selectivo puede provocar sesgos; por esta raz3n, el muestreo aleatorio debe considerarse en estudios futuros.

En 3ltima instancia, el impacto de la correlaci3n entre las diferentes dimensiones de fragilidad, como el deterioro cognitivo, no se estudi3 en nuestra investigaci3n porque la poblaci3n estudiada no se ajust3 adecuadamente para desarrollar estas comparaciones. Por lo tanto, los investigadores sugieren que las investigaciones futuras deber3an realizarse bajo diferentes alteraciones cognitivas.

CONCLUSIONES

El 3ndice Frail-VIG por encima de 0.35 puntos, es decir, de moderado a severo, no afecta a las ABDV salvo en la dimensi3n nutricional en una poblaci3n oncol3gica paliativa en hospitalizaci3n domiciliaria, se necesitan m3s investigaciones que valoren el grado de fragilidad con 3ndice Frail-VIG en una poblaci3n oncol3gica.

BIBLIOGRAFIA

1. Molina Garrido MJ. Oncogeritatría: una forma de optimizar la atención global del paciente anciano con cáncer. *Nutr Hosp*. 2016 Jun;33(Suppl 1):177.
2. Valero-Cantero I, Martínez-Valero FJ, Espinar-Toledo M, Casals C, Barón-López FJ, Vázquez-Sánchez MÁ. Complementary music therapy for cancer patients in at-home palliative care and their caregivers: Protocol for a multicentre randomised controlled trial. *BMC Palliat Care*. 2020 May 2;19(1):1–11.
3. Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A. Cancer Statistics, 2021. *CA Cancer J Clin*. 2021 Jan;71(1):7–33.
4. Petrova D, Pérez-Gómez B, Pollán M, Sánchez M-J. Implications of the COVID-19 pandemic for cancer in Spain. *Med Clínica (English Ed)*. 2020 Sep;155(6):263–6.
5. Crooms RC, Gelfman LP. Palliative Care and End-of-Life Considerations for the Frail Patient. *Anesth Analg*. 2020;130(6):1504–15.
6. Kaasa S, Loge JH, Aapro M, Albrecht T, Anderson R, Bruera E, et al. Integration of oncology and palliative care: a Lancet Oncology Commission. Vol. 19, *The Lancet Oncology*. Lancet Publishing Group; 2018. p. e588–653.
7. Tello-Rodríguez T, Varela-Pinedo L. Frailty in older adults: Detection, community-based intervention, and decision-making in the management of chronic illnesses. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016 Jun;33(2):328–34.
8. Raventos MEP, Rubio AR, Ternero JVJ. Fragilidad: ¿Cómo podemos detectarla? *Enferm Nefrol*. 2016;19(2).
9. Vergara Hernández LA, Mejía Mejía Y, Moriel Corral L, Cantú Sánchez CM, Marrugo Pérez KJ. Fragilidad en el Adulto Mayor. ¿Cómo se mide? *Cult Científica y Tecnológica*. 2018;(66).

10. Chong E, Ho E, Baldevarona-Llego J, Chan M, Wu L, Tay L. Frailty and Risk of Adverse Outcomes in Hospitalized Older Adults: A Comparison of Different Frailty Measures. *J Am Med Dir Assoc*. 2017 Jul;18(7):638.e7-638.e11.
11. Dent E, Kowal P, Hoogendijk EO. Frailty measurement in research and clinical practice: A review. Vol. 31, *European Journal of Internal Medicine*. Elsevier B.V.; 2016. p. 3–10.
12. Amblàs-Novellas J, Martori JC, Molist Brunet N, Oller R, Gómez-Batiste X, Espauella Panicot J. Índice frágil-VIG: diseño y evaluación de un índice de fragilidad basado en la Valoración Integral Geriátrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2017 May;52(3):119–27.
13. Vandembroucke JP, von Elm E, Altman DG, Gøtzsche PC, Mulrow CD, Pocock SJ, et al. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): explanation and elaboration. *Int J Surg*. 2014 Dec;12(12):1500–24.
14. Navarro-Flores E, Vallejo RB de B, Losa-Iglesias ME, Palomo-López P, Calvo-Lobo C, López-López D, et al. Reliability, validity, and sensitivity of Edmonton Frail Scale (EFS) in older adults with foot disorders. *Aging (Albany NY)*. 2020 Nov 10;12.
15. Amblàs-Novellas J, Martori JC, Espauella J, Oller R, Molist-Brunet N, Inzitari M, et al. Frail-VIG index: A concise frailty evaluation tool for rapid geriatric assessment. *BMC Geriatr*. 2018 Jan;18(1).
16. Mirallas Martínez JA, Real Collado MC. ¿Índice de Barthel o Medida de Independencia Funcional? *Rehabilitación*. 2003;37(3).
17. Ghandourh WA. Palliative care in cancer: managing patients' expectations. Vol. 63, *Journal of Medical Radiation Sciences*. John Wiley and Sons Ltd; 2016. p. 242–57.
18. Yates P. Symptom Management and Palliative Care for Patients with Cancer. Vol. 52, *Nursing Clinics of North America*. W.B. Saunders; 2017. p. 179–91.
19. Peterson SJ, Mozer M. Differentiating Sarcopenia and Cachexia among Patients with Cancer. Vol. 32, *Nutrition in Clinical Practice*. SAGE Publications Inc.; 2017. p. 30–9.

20. Amblàs-Novellas J, Murray SA, Espauella J, Martori JC, Oller R, Martínez-Muñoz M, et al. Identifying patients with advanced chronic conditions for a progressive palliative care approach: a cross-sectional study of prognostic indicators related to end-of-life trajectories. *BMJ Open*. 2016 Sep 19;6(9):e012340.
21. Mota-Romero E, Tallón-Martín B, García-Ruiz MP, Puente-Fernandez D, García-Caro MP, Montoya-Juarez R. Frailty, complexity, and priorities in the use of advanced palliative care resources in nursing homes. *Med*. 2021 Jan 1;57(1):1–15.
22. Zamora-Sánchez J-J, Zabaleta-del-Olmo E, Gea-Caballero V, Julián-Rochina I, Pérez-Tortajada G, Amblàs-Novellas J. Convergent and discriminative validity of the Frail-VIG index with the EQ-5D-3L in people cared for in primary health care. *BMC Geriatr*. 2021 Dec;21(1).
23. Navarro-Flores E, Romero-Morales C, de Bengoa-Vallejo RB, Rodríguez-Sanz D, Palomo-López P, López-López D, et al. Sex differences in frail older adults with foot pain in a Spanish population: An observational study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Sep 1;17(17):1–9.
24. Braun T, Grüneberg C, Thiel C. German translation, cross-cultural adaptation and diagnostic test accuracy of three frailty screening tools: PRISMA-7, FRAIL scale and Groningen Frailty Indicator. *Z Gerontol Geriatr*. 2018 Apr 1;51(3):282–92.
25. Fabrício-Wehbe SCC, Schiaveto FV, Vendrusculo TRP, Haas VJ, Dantas RAS, Rodrigues RAP. Adaptación cultural y validez de la Edmonton frail scale - EFS en una muestra de ancianos Brasileños. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2009;17(6):1043–9.
26. Fabrício-Wehbe SCC, Cruz IR, Haas VJ, Diniz MA, Dantas RAS, Rodrigues RAP. Reprodutibilidade da versão Brasileira adaptada da Edmonton Frail Scale para idosos residentes na comunidade. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013 Nov;21(6):1330–6.