

El papel de la geriatría en los servicios de urgencias

R.H. Fisher

Director de la División Interdepartamental de Geriatría. Facultad de Medicina. Universidad de Toronto. Toronto. Canadá.
Director del Programa Geriátrico Regional de Toronto. Canadá.

El envejecimiento de la población tiene y seguirá teniendo un enorme impacto sobre el sistema de atención sanitaria, lo cual se hace especialmente evidente en los servicios de urgencias. Estos servicios actúan a menudo como el portal de entrada al sistema sanitario, por su accesibilidad las 24 h del día, 7 días a la semana, así como por su creciente cobertura de las deficiencias del resto de los servicios del sistema sanitario. Una revisión retrospectiva realizada en Estados Unidos, sobre pacientes mayores que acuden al servicio de urgencias, demostró que el 15% de las visitas a este servicio las efectuaban pacientes de 65 años o más; los ingresos hospitalarios de pacientes mayores suponían un 32%, frente al 7,5% de pacientes de otras edades, y un 7% era enviado a unidades de cuidados intensivos (UCI), frente a un 1% de pacientes más jóvenes. Un 30% de pacientes mayores utilizaban el transporte en ambulancia, frente a un 8% del resto de pacientes. Comparados con otras edades, los pacientes mayores tenían 4,4 veces más probabilidades de utilizar ambulancias, 5,6 veces más probabilidades de ingresar en el hospital, y 5,5 veces más probabilidades de ser derivado a una UCI¹.

Son especialmente problemáticas las personas mayores "frágiles", un subgrupo dentro del colectivo de mayores caracterizado por un deterioro funcional, múltiples enfermedades, múltiple medicación y, con frecuencia, deterioro cognitivo, factores en muchos casos agravados por la falta de apoyo social². La prevalencia de síndromes geriátricos en urgencias es común a una cuarta parte de todos los pacientes de alrededor de 75 años que presentan estas características; la definición de estos síndromes es la de un paciente en el que se da alguna de estas cinco situaciones: confusión, caídas, incontinencia, sobrecarga del cuidador o incapacidad para desenvolverse³. Las personas mayores frágiles pueden presentar formas atípicas de enfermedad y cursar con problemas específicos (que pueden

estar infradiagnosticados), como un deterioro cognitivo consecuencia de delirio, demencia o ambas cosas. Los resultados de un estudio demostraban que el estado mental deteriorado aparecía en un número muy elevado de casos, aunque era escasamente reconocido; de 180 pacientes, 46 (26%) presentaban un deterioro del estado mental, 22 (12%) sufrían delirios y 24 (13%) presentaban un deterioro cognitivo de moderado a grave; sólo 54 (30%) tenían sus problemas documentados en el historial⁴.

Las lesiones se están convirtiendo en un problema geriátrico cada vez más importante en los Estados Unidos, pero los sistemas estatales de centros de traumatología no satisfacen normalmente las necesidades de los pacientes mayores con lesiones graves⁵. Además, los pacientes dados de alta en urgencias y enviados a su domicilio corren el riesgo de sufrir consecuencias negativas de salud debido a problemas de autonomía, cognitivos y de actividad social⁶. Por otra parte, las visitas repetitivas a urgencias consideradas médicamente "innecesarias" constituyen una preocupación importante entre los que prestan la atención sanitaria⁷. Un análisis realizado sobre la percepción de los pacientes mayores acerca de la atención recibida en urgencias se centraba en cinco cuestiones: demanda de información, observación del tiempo de espera, percepción de la competencia profesional y el servicio de asistencia, y asuntos concernientes al proceso y las prestaciones⁸. Un estudio anterior demostraba que las personas mayores estaban satisfechas, en general, con la atención médica recibida, aunque las consultas prolongadas resultaban muy penosas; tampoco estaban muy familiarizadas con el proceso de la atención en urgencias; se sentían atemorizados por su lesión o enfermedad, y esta angustia sólo se disipaba cuando eran informadas de su diagnóstico, tratamiento y prescripciones; en resumen, el entorno de urgencias les resultaba con frecuencia incómodo⁹.

Los pacientes geriátricos que acuden al servicio de urgencias tienen a menudo necesidades sociales insatisfechas, y este tipo de pacientes ha demostrado acumular un alto porcentaje de repetición de visitas sin cita previa al servicio de urgencias, en un período de 30 días¹⁰. Las

Correspondencia: R.H. Fisher.
Correo electrónico: Razy. Fisher@swchc.on.ca

Recibido el 19-11-02; aceptado el 19-11-02.

personas mayores frágiles, con condiciones complejas y delicadas, no encajan bien en el enfoque tradicional de un servicio de urgencias, que se centra en descartar enfermedades que suponen una amenaza para la vida y en reaccionar ante afecciones que se presentan de manera apremiante, todo ello bajo la presión del tiempo y con recursos limitados; normalmente, existe un sistema de selección con la misión de identificar a los pacientes en condiciones más urgentes, derivar a la unidad más adecuada de tratamiento, reducir la acumulación de pacientes, prestar un servicio continuo de valoración y proporcionar información a los pacientes y sus familiares¹¹. Todo esto, sin embargo, no suele tener un componente geriátrico. También se han detectado carencias en la formación (en geriatría) de las enfermeras de urgencias; las respuestas de un cuestionario realizado indicaron que una considerable proporción de las enfermeras de urgencias encuestadas mostraba una falta de conocimientos en la valoración de depresiones, demencias, caídas y malnutrición, y también con respecto al infarto de miocardio y la incontinencia urinaria en las personas mayores. El estudio mencionado sugería que las enfermeras de urgencias cobraran conciencia de la necesidad de aumentar su formación en la atención a las personas mayores¹². La reestructuración del sistema de atención sanitaria, una reducción de camas hospitalarias y el aumento de la presión sobre los programas comunitarios han agravado los problemas.

Para tratar este problema de creciente importancia, la Sociedad de Medicina Académica de Urgencias (SAEM) puso en marcha un Grupo de Trabajo de Tratamiento Geriátrico, con el apoyo de la Fundación Hartford. El Grupo de Trabajo era interdisciplinario y estaba compuesto por médicos de urgencias, geriatras, enfermeras de urgencias y otros profesionales vinculados a la medicina, y se encargó de llevar a cabo una serie de estudios¹³. Se señaló que en los servicios de urgencias se prestaba poca atención a las necesidades especiales de las personas mayores. Los profesionales de urgencias se sienten menos cómodos atendiendo a los mayores, y no suelen tratar sus preocupaciones sociales y personales. Existe una carencia de investigación y formación en medicina geriátrica de urgencias. No se han definido unos principios de asistencia para las personas mayores en urgencias, como ocurre en el caso de la pediatría; el modelo de atención orientado a la enfermedad que se sigue en urgencias puede no ser apropiado para las personas mayores. La asistencia urgente para los mayores requiere muchos más recursos de atención sanitaria que los necesarios para otras edades¹⁴. Las personas mayores presentan características especiales: síntomas atípicos en enfermedades, múltiple medicación, fisiología alterada y resultados de instrumentos de diagnóstico alterados, entre otras. El Grupo de Trabajo concluía que los pacientes mayores tenían necesidades especiales que no se satisfacían en el sistema sanitario de urgencias y que el envejecimiento de la población hará que la atención de las personas mayores en los servicios de urgencias siga constituyendo una preocupación importante.

El Grupo de Trabajo declaraba que el modelo tradicional de atención en urgencias a las personas mayores tenía que cambiar; ya existían precedentes en cuanto a la atención pediátrica y en traumatismos. Los principios para este tipo de atención tienen en cuenta la fisiología, la presentación atípica de enfermedades y las demandas psicosociales de las personas mayores, y se han incluido en un libro de texto elaborado por la SAEM: *Atención de las personas mayores en urgencias*¹⁵. La formación inicial de los instructores resultó eficaz para la mejora de los conocimientos¹⁶. Esta propuesta, a pesar de ser la ideal, se ve obviamente limitada por la escasez de recursos y de tiempo. Toda esta polémica nos lleva a la cuestión de qué papel y qué tipo de asistencia pueden ofrecer los geriatras y los servicios de geriatría especializados a los servicios de urgencias. Se ha demostrado que la validez de los servicios geriátricos en hospitales es muy significativa para una población diana de personas mayores frágiles y, sin embargo, estos servicios especializados se prestan únicamente a una minoría de las personas mayores. Por tanto, los servicios de geriatría especializados tienen un papel principal, a través de la consulta y la formación, que es influir sobre todos los demás servicios del hospital (incluido el de urgencias), para que se sensibilicen ante los problemas de las personas mayores¹⁷. Se ha propuesto la idea de desarrollar "hospitales amables para los mayores", como un medio para tratar estos problemas¹⁸, y los servicios de urgencias deben ser un tema prioritario en este cambio.

Los servicios de geriatría especializados pueden prestar apoyo a ciertos cambios innovadores, como el desarrollo de instrumentos de detección para identificar a las personas mayores en riesgo; entre ellos se encuentra el Triage Prisk Screening Tool (TRST), que ha demostrado su capacidad para detectar un alto riesgo en pacientes mayores y predecir consecuencias negativas para la salud, lo cual permite una intervención específica¹⁹, y también el Identification of Senior at Risk (ISAR)²⁰. Estos instrumentos se han combinado con programas de intervención para conectar a las personas mayores identificadas en riesgo con programas comunitarios y notificar a sus médicos de cabecera los problemas observados. Los resultados de esta actuación demuestran una disminución de los ingresos en residencias y una tendencia a disminuir los días de estancia hospitalaria¹⁹.

Otro estudio concluye que es posible detectar personas mayores en riesgo planteando dos sencillas averiguaciones: la ayuda que precisan para realizar tareas funcionales y la necesidad de mayor apoyo social que en el pasado²¹. Se han introducido algunas intervenciones para reducir la repetición de visitas innecesarias a los servicios de urgencias, consistentes en coordinar esfuerzos entre los servicios sociales y los servicios de psiquiatría, hacer hincapié en la educación del paciente en cuanto a su conformidad con las instrucciones recibidas junto al alta hospitalaria y hacer un seguimiento de las citas. Las visitas repetitivas a urgencias se redujeron del 10,1 a un 4,1% anual⁸.

Una asociación y una colaboración más directa con la medicina geriátrica pueden también ser muy útiles para fomentar la atención a las personas mayores frágiles. En Montreal se ha puesto en marcha un equipo geriátrico consultivo en los servicios de urgencias, compuesto por un geriatra, una enfermera clínica con dedicación completa y médicos y terapeutas ocupacionales con dedicación parcial. Las consultas provienen fundamentalmente de los médicos de urgencias y abarcan todos los aspectos de los problemas médicos y psicosociales. La valoración geriátrica se orienta hacia la toma de decisiones para disposiciones rápidas. El servicio actúa como guardián de los ingresos en la sala de geriatría del hospital, así como coordinador del seguimiento geriátrico, tanto en el hospital como en la comunidad. La presencia de un equipo geriátrico en el servicio de urgencias permite tener información en el punto fundamental de acceso; el equipo puede evitar una hospitalización inadecuada y puede utilizar recursos de la comunidad en una atención alternativa y más apropiada a las personas mayores. El equipo consultivo también puede facilitar el ingreso en camas geriátricas hospitalarias a aquellos pacientes que requieran una mejoría de su estado funcional o un breve período de rehabilitación. Se destaca el papel fundamental desempeñado por la enfermera clínica, puesto que es la principal responsable de las consultas de revisión²².

Otro modelo consiste en asignar una enfermera clínica de geriatría, con dedicación completa, al servicio de urgencias. En un estudio piloto de este programa, los motivos que se aducían para la derivación a la enfermera geriátrica eran: la valoración geriátrica, facilitar un alta segura y duradera, ayudar al personal de urgencias a tomar decisiones de ingresos y coordinar los planes adecuados de seguimiento de los pacientes geriátricos en riesgo. Se descubrió que este apoyo geriátrico en el servicio de urgencias disminuía los ingresos hospitalarios y las visitas repetitivas a urgencias; también facilitaba la identificación de pacientes de alto riesgo y permitía una atención de seguimiento apropiada; se introdujo un sistema de consultas geriátricas obligatorias para los pacientes mayores de alto riesgo; se identificaron las prácticas de urgencias que pudieran contribuir al deterioro del paciente mayor y al aumento de la duración de la estancia hospitalaria; también se realizó una valoración de las necesidades de formación geriátrica para el personal de urgencias²³. En otros hospitales se ha implantado un tipo de modelo similar²⁴.

Las caídas constituyen un problema específico que está aumentando en cifras a un ritmo mayor que el incremento en el grupo de los que tienen más de 85 años²⁵. Se han elaborado orientaciones prácticas para ayudar a los médicos y enfermeras de urgencias en el tratamiento de las caídas²⁶. Se ha propuesto utilizar los hallazgos en casos concretos para una intervención educativa relativa a las caídas, con una pequeña pero significativa mejora de la documentación sobre caídas, un aumento en la prescripción de calcio y vitamina D y un estudio más detallado de los factores causales²⁷. Debe mejorar la comu-

nicación entre los servicios de urgencias y otras fuentes de referencia, como el médico de cabecera o los servicios de cuidados a largo plazo; también puede facilitar la disposición de los pacientes de urgencias llegar a acuerdos especiales con los servicios de cuidados a largo plazo.

En resumen, el envejecimiento de la población ejercerá cada vez más presiones sobre los servicios de urgencias. La complejidad y las dificultades de la atención a las personas mayores frágiles suponen un problema para el modelo tradicional de la asistencia urgente. Este problema se puede modificar si se dispone de los recursos adecuados para cambiar el enfoque del modelo geriátrico. Los geriatras y los servicios de geriatría especializados desempeñan un importante papel al colaborar con los servicios de urgencia en el tratamiento de las personas mayores frágiles, lo cual mejorará las prestaciones de asistencia a este colectivo.

BIBLIOGRAFÍA

- Sanders AB. Care of the elderly in emergency departments: conclusions and recommendations. *Ann Emerg Med* 1992;21:830-4.
- Regional Geriatric Programs of Ontario Fact Sheet: the role and value of specialized geriatric services. 2001. <http://www.rgps.on.ca>
- Madden KM, Hogan DB, Maxwell CJ. The prevalence of geriatric syndromes and their effect on the care and outcome of patients aged 75 years of age and older presenting to an emergency department. *Geriatrics today. J Can Geriatr Soc* 2002;5:69-75.
- Hustley FM, Meldon S, Palmer R. Prevalence and documentation of impaired mental status in elderly emergency department patients. *Acad Emerg Med* 2000;7:1166.
- Lane PL, Sorondo B, Kelly JJ. Elderly trauma patients. Are they accessing trauma center care? *Acad Emerg Med* 2000;7:564.
- Meldon SW, Mion LC, Palmer FM, Drew BL. A randomized clinical trial of an assessment and referral program for high-risk geriatric emergency department patients. *Acad Emerg Med* 2002;9:437.
- Kessler S, Dillon DA. Emergency department performance improvement project. Decreasing overutilization. *Acad Emerg Med* 1999;6:547.
- Watson WT, Marshall ES, Fosbinder D. Elderly patients' perceptions of care in the emergency department. *J Emerg Nurs* 1999;25:88-92.
- Baraff LJ, Bernstein E, Bradley K, Franken C, Gerson LW, Hannegan SR, et al. Perceptions of emergency care by the elderly: results of multicenter focus group interviews. *Ann Emerg Med* 1992;21:814-8.
- Brady WJ, Brauning GN, Lee DS, Fletka JK, Kelly P, Huff S, et al. Social needs in the elderly. Recognition by emergency physicians and impact on additional medical care. *Acad Emerg Med* 2000;7:571. <http://www.caep.ca/002.policies/002-or.ctas.htm>
- Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS).
- Brymer C, Cavanagh P, Bawden M, Denomy E, Wells K, Cook C, et al. Geriatric educational needs assessment of emergency department nurses. *Gerontol Geriatr Educ* 1996;17:51-64.
- Sanders AB. Call of the elderly in emergency departments: where do we stand? *Ann Emerg Med* 1992;21:792-841.
- Sanders AB. Preface. *Ann Emerg Med* 1992; 21:830-4.
- Emergency care of the elder person. Sanders AB, editor. Beverly Crampton Publications, 1996.
- Witzke DB, Sanders AB. The development and evaluation of a geriatric emergency medicine curriculum. The SAEM Geriatric Emergency Medicine Task Force. *Acad Emerg Med* 1997;4:219-22.
- Fisher R. The role of specialized geriatric services in acute hospitals. *Geriatrics Aging* 2002;5:48-51.
- Parke B, Stevenson L. Creating an elder-friendly hospital. *Health Management Forum* 1999;45-8.

19. Meldon SW, Lorraine CM, Palmer FM, Drew SL, Emerman CL. Utility of a triage risk screening tool to predict health care outcomes in older emergency department patients. *Acad Emerg Med* 2002;9:385.
20. McCusker J, Bellavance F, Cardin S, Trepanier S, Verdon J, Ardman O. Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit: the ISAR screening tool. *J Am Geriatr Soc* 1999;47:1229-37.
21. Graffeo J, Miller A, Walter JJ. Identifying high-risk elderly patients being discharged home from the ED and characterizing their unmet social service needs. *Acad Emerg Med* 2000;7:572.
22. Gold S, Bergman H. A geriatric consultation team in the emergency department. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:764-7.
23. Fillion L. High risk elderly in Emergency Ontario Hospital Association Geriatric Care: the aging population – answering the wake-up call, 21 de enero de 2000. www.rgps.on.ca
24. Henderson H. Revolution in ER care for seniors. *The Toronto Star*, 16 de agosto de 2002.
25. Barbosa JC, Pitts SR, Bowron JS. Geriatric falls in the ED. *Acad Emerg Med* 2002;9:385.
26. Baraff LJ, Penna FD, Williams N, Sanders A. Practice guideline for the ED management of falls in community-dwelling elderly persons. *Ann Emerg Med* 1997;30:480-92.
27. Baraff LJ, Lee TH, Kader S, Penna FD. Effect of a practice guideline on the process of emergency department care of falls in elder patients. *Acad Emerg Med* 1999;6:1216-23.