



Original/Sección clínica

## Unidad de observación de urgencias para pacientes geriátricos: beneficios clínicos y asistenciales

Teresa Pareja \*, Mercedes Hornillos, Miriam Rodríguez, Javier Martínez, María Madrigal, Coro Mauleón y Bárbara Álvarez

Sección de Geriátría, Hospital Universitario de Guadalajara, Universidad de Alcalá, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

*Historia del artículo:*

Recibido el 23 de julio de 2008

Aceptado el 23 de enero de 2009

On-line el 3 de julio de 2009

*Palabras clave:*

Anciano

Urgencias

Unidad de corta estancia

### RESUMEN

**Introducción:** Evaluar el impacto asistencial de la creación de una unidad de observación de urgencias para pacientes ancianos dependiente de un servicio de geriatría en un hospital general.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo y prospectivo de los pacientes ingresados en la unidad de observación de urgencias para geriatría durante el año 2006.

**Resultados:** Se valoraron 749 pacientes que permanecieron en la unidad una media (desviación estándar) de 37 (16) h. La edad media fue de 86 (7) años, el 57% eran mujeres, la mitad presentaba deterioro físico y deterioro cognitivo moderado a grave. El 35% procedía de residencias de ancianos. El motivo de ingreso más frecuente fue enfermedad cardiopulmonar crónica reagudizada. Se detectaron múltiples síndromes geriátricos, los más frecuentes fueron inmovilidad, lesiones cutáneas por presión y trastornos conductuales asociados a demencia. Al 70% de los pacientes se les dio alta a domicilio habitual después de que se les estabilizó para su seguimiento en las consultas de geriatría y en el hospital de día (39%), en atención geriátrica domiciliaria (11%) o por su médico de atención primaria o de residencia (20%). En el mes posterior reingresó el 17% y falleció el 7,7%, sobre todo los pacientes que tenían mayor edad y deterioro funcional. Tras el inicio de la unidad se observó una disminución del porcentaje de ingresos en la unidad geriátrica de agudos del 18,2%.

**Conclusiones:** Las unidades de observación de urgencias para pacientes ancianos pueden ser adecuadas al nivel asistencial para valoración geriátrica y tratamiento de reagudizaciones de enfermedades crónicas, lo que puede contribuir al ahorro de estancias hospitalarias y a la optimización de la atención en otros niveles asistenciales geriátricos, ambulatorios y domiciliarios.

© 2008 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

## Medical short stay unit for geriatric patients in the emergency department: clinical and healthcare benefits

### ABSTRACT

**Introduction:** To evaluate the impact of comprehensive geriatric assessment and management of high-risk elders in a medical short stay unit located in the emergency department of a general hospital.

**Material and methods:** We performed a descriptive, prospective study of patients admitted to the medical short stay unit for geriatric patients of the emergency department in 2006.

**Results:** A total of 749 patients were evaluated, with a mean (standard deviation) stay in the unit of 37 (16) h. The mean age was 86 (7) years; 57% were women, and 50% had moderate-severe physical impairment and dementia. Thirty-five percent lived in a nursing home. The most frequent reason for admission was exacerbation of chronic cardiopulmonary disease. Multiple geriatric syndromes were identified. The most frequent were immobility, pressure sores and behavioral disorders related to dementia. Seventy percent of the patients were discharged to home after being stabilized and were followed-up by the geriatric clinic and day hospital (39%), the home care medical team (11%), or the nursing home or primary care physician (20%). During the month after discharge, 17% were readmitted and 7.7% died, especially patients with more advanced age or functional impairment. After the unit was opened, admissions to the acute geriatric unit fell by 18.2%.

**Conclusions:** Medical short stay units for geriatric patients in emergency departments may be useful for geriatric assessment and treatment of exacerbations of chronic diseases. These units can help to reduce the

*Keywords:*

Elderly

Emergency room

Short stay unit

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: tpareja@sescam.jccm, tparejas2@hotmail.com (T. Pareja).

number of admissions and optimize the care provided in other ambulatory and domiciliary geriatric settings.

© 2008 SEGG. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

Las necesidades asistenciales del enfermo mayor no encajan muy bien en el sistema tradicional de trabajo del servicio de urgencias, que se centra en descartar enfermedades que amenazan de forma apremiante la vida, decidir el destino del paciente y administrar el tratamiento de las enfermedades urgentes diagnosticadas, las que a menudo no coinciden con sus problemas más importantes. Todo esto bajo la presión del tiempo y de la escasez de medios<sup>1,2</sup>.

En general, los servicios de urgencias son un medio hostil para el anciano. Con frecuencia el entorno les resulta incómodo, la espera es demasiado prolongada para su situación física o cognitiva y las medidas diagnósticas y terapéuticas no son individualizadas. Los pacientes dados de alta en urgencias y enviados a su domicilio son a menudo incapaces de administrar los fármacos prescritos (antihipertensivos, hipoglucemiantes, anticoagulantes orales, etc.), con las consecuencias que esto puede suponer. La enfermedad puede tener, además, grave repercusión en la autonomía física, en la situación cognitiva y en la ubicación social del anciano, factores que el médico clínico debe tener en cuenta<sup>3,4</sup>.

El paciente de edad avanzada es también usuario muy frecuente del servicio de observación de urgencias para tratamiento de enfermedades en situación clínica límite, tratamiento de problemas crónicos descompensados y, con menor frecuencia, para procedimientos diagnósticos<sup>5-8</sup>. En estas unidades son habituales los casos de descompensación de insuficiencia cardíaca, agudización de neumopatías crónicas, alteraciones del ritmo intestinal, episodios isquémicos cerebrales transitorios, infecciones de tracto urinario, traumatismos craneoencefálicos, etc<sup>9-11</sup>. En relación con los pacientes adultos, el porcentaje de ancianos que precisa hospitalización tras este tratamiento es mayor, porque con frecuencia la respuesta al tratamiento agudo no es tan rápida ni la mejoría tan evidente y es necesario el ingreso hospitalario<sup>12</sup>. En estos pacientes de mayor complejidad pueden ser necesarios 2 o 3 días para lograr la estabilización, tiempo más prolongado que las habituales 24 h de estancia que precisa la mayoría de los adultos para su mejoría. La presión asistencial del servicio de urgencias no permite mantener al paciente anciano en esta unidad por un tiempo más prolongado ya que la rotación de pacientes es constante y la ocupación muy elevada.

Dentro de las diferentes alternativas a la hospitalización convencional que se han ideado en los últimos años, se encuentran las unidades de corta estancia dentro de los servicios de urgencias<sup>13</sup>. De la necesidad tanto de ofrecer a la población de más edad una mejor calidad de asistencia urgente como de optimizar los recursos sanitarios destinados a este grupo<sup>14-19</sup>, surgió la posibilidad de la creación de la unidad de observación de urgencias para el paciente anciano en este centro en junio de 2005, destinada a la realización de valoración geriátrica especializada y de tratamiento de enfermedad crónica que pueda estabilizarse entre 48 y 72 h. Con esto se pretendió establecer un plan de cuidados individualizado para cada paciente en el nivel asistencial más adecuado en función de sus características y evitar en lo posible el ingreso hospitalario innecesario.

El objetivo de este trabajo es describir el perfil de paciente anciano que se atiende en un servicio de observación de urgencias a cargo de geriatría y ver la repercusión que la puesta en marcha de esta unidad tiene sobre el número de ingresos en la planta de hospitalización de geriatría.

## Material y métodos

### Descripción de la unidad

Los enfermos se derivaron a la unidad de observación de urgencias para geriatría por el personal médico del servicio de urgencias. En ella se realizó valoración geriátrica integral por especialistas en geriatría, se proporcionó tratamiento de enfermedad médica leve a moderada y descompensación de problemas crónicos durante una estancia máxima de 3 días. Esta valoración multidimensional permitió adecuación de diagnósticos, tratamientos y establecimiento de un plan de cuidados individualizado para derivación ambulatoria a médico de atención primaria o de residencia, al nivel asistencial del servicio de geriatría más indicado o a ingreso hospitalario si era preciso. La unidad cuenta con 2 habitaciones de 3 camas cada una (6 camas en total), ubicadas en el área del Servicio de Observación de Urgencias en el Hospital Universitario de Guadalajara, hospital de segundo nivel con 400 camas (18.131 ingresos en 2006) que atiende a un área de 203.737 habitantes (año 2005) con un índice de envejecimiento previsto para los próximos 10 años del 19,7%. La unidad funciona las 24 h del día, los 7 días de la semana, con pase de visita médico diario y con posibilidad de alta e ingreso durante todo el día. El geriatra responsable de la unidad depende del servicio de geriatría, aunque se mantiene estrecha relación con los facultativos de urgencias. Los criterios de ingreso son establecidos por las unidades de geriatría y de urgencias del hospital y se muestran en la [tabla 1](#).

### Descripción de la muestra y de variables de estudio

Se realizó un estudio prospectivo observacional de los ancianos ingresados en la unidad de observación de urgencias para geriatría

**Tabla 1**

Criterios de ingreso en la unidad de observación de urgencias de geriatría

1. Enfermedad médica aguda sin datos de gravedad, en pacientes en los que sea previsible el alta hospitalaria precoz (24 a 48 h):
  - a) Agudización de enfermedad crónica cardiorrespiratoria (descompensación de insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, disritmias cardíacas, infección respiratoria, broncoespasmo, etc.)
  - b) Alteraciones de la glucemia en pacientes diabéticos
  - c) Infecciones de tracto urinario sin criterios clínicos o analíticos de gravedad
  - d) Trastornos del ritmo intestinal
  - e) Diagnóstico y tratamiento de hemorragia digestiva sin grave repercusión hemodinámica
  - f) Episodios vasculares neurológicos en regresión
  - g) Tratamiento de síndrome anémico mediante transfusión
  - h) Observación de traumatismo craneoencefálico sin datos de hemorragia intracraneal
2. Paciente anciano pluripatológico o con incapacidad física o mental que precise valoración geriátrica global, unificación de estudios diagnósticos y tratamiento, coordinación de seguimiento y creación de un plan de cuidados
3. Valoración del enfermo con enfermedad crónica grave o deterioro cognitivo o funcional importantes, que por sus características no se beneficie del ingreso en la unidad geriátrica de agudos pero sí sea subsidiario de tratamiento domiciliario por geriatría o por médico de residencia geriátrica
4. Evaluación de ancianos muy frequentadores del servicio de urgencias
5. Enfermo muy anciano no pluripatológico subsidiario de métodos diagnósticos o medidas terapéuticas invasivas específicas de una especialidad con el fin de derivación a esos servicios

Quedarán excluidos de esta unidad los enfermos en tratamiento paliativo o en los que sea previsible un fallecimiento inminente.

entre los meses de enero y diciembre de 2006. En este período, en urgencias se atendió a 83.124 pacientes en el año 2006, de los cuales el 18% eran mayores de 70 años.

Las variables medidas en el estudio fueron el motivo de ingreso, la situación basal funcional y cognitiva y la ubicación social. La valoración funcional se realizó mediante las escalas de incapacidad física (CRF) y de incapacidad mental (CRM) de la Cruz Roja y el índice de Barthel. Se analizó la presencia de síndromes geriátricos identificados, diagnósticos médicos al alta y el nivel asistencial seleccionado para el seguimiento, así como los reingresos hospitalarios y la mortalidad en el mes posterior al alta de la unidad. Se contabilizó la estancia en la unidad en horas.

Para conocer la repercusión de esta unidad en el funcionamiento de la sección de geriatría del hospital se contabilizó el número de ingresos totales en la unidad de agudos de ese año y se lo comparó con los datos de años anteriores, cuando no había camas de valoración geriátrica en el servicio de urgencias. La unidad de observación de urgencias para geriatría comenzó a funcionar en julio del año 2005 y desde enero de 2006 hay un geriatra de guardia para la planta de geriatría y para la unidad de observación de urgencias.

El análisis estadístico se realizó con el empleo del programa estadístico SPSS 11.5. Se analizaron medias y frecuencias, para la comparación de medias se empleó el test de *t* de Student y para la comparación de frecuencias el test de  $\chi^2$ .

## Resultados

El número total de pacientes atendidos en esta unidad fue de 749, con una edad media de 86,01 (7) años. El 56,6% eran mujeres. Los diagnósticos más frecuentes fueron insuficiencia cardíaca congestiva (27%), infección respiratoria con insuficiencia respiratoria (37%), accidente isquémico transitorio (11%), síndrome confusional (14%), arritmias (14%), enfermedad nefrourológica (19%), trastornos metabólicos (19%) y trastornos del ritmo intestinal (21%). Al alta los pacientes recibieron una media de 3,07 diagnósticos. Se detectó algún síndrome geriátrico en el 47,1% de los casos; los más frecuentes fueron inmovilidad (13%), trastornos conductuales en pacientes con demencia (13%), problemática social (7,3%) y úlceras por presión (6%). Un 2,1% ingresó por síndrome de caídas. El 51,1% de los pacientes tenía una incapacidad física moderada (CRF 2 y 3) y el 25%, grave (CRF 4 y 5). El índice de Barthel medio fue de 48,52 (33,38). El 52,5% tenía deterioro cognitivo moderado a grave (CRM > 2).

Se dio de alta al 70% de los pacientes, de los que el 30% fue derivado a consulta externa (el 23% a consulta de geriatría y el 7% a consultas de otras especialidades), el 11% a atención geriátrica domiciliar y el 9% al hospital de día de geriatría; el 20% restante fue seguido por su médico de residencia o de atención primaria. Del 30% que precisó ingreso hospitalario, la mayoría lo hizo en el servicio de geriatría (24,7% del total de la muestra). La estancia media en la unidad fue de 36,89 (16) h, menos de 24 h en el 56,8% de los casos y menos de 48 en el 88,7%. El índice de ocupación fue del 59%. Los pacientes que ingresaban en la planta permanecían menos horas en la unidad (35,1 [15,3]) que los dados de alta (39,0 [7,6]) ( $p = 0,02$ ). La diferencia de estancia en horas según el tipo de enfermedad fue tan pequeña que no permitió establecer diferencias estadísticamente significativas. Tampoco hubo diferencias en la tendencia al ingreso por la valoración física y mental, o por la edad.

En el seguimiento en el mes posterior a la estancia en la unidad, reingresaron en el hospital el 17,1% de los pacientes, el 2,2% en las primeras 48 h tras el alta y el 5% en los primeros 5 días. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la tasa de reingresos por enfermedades (tabla 2). Tampoco hubo

**Tabla 2**

Porcentaje de reingreso hospitalario en el mes posterior según enfermedades

Enfermedad	Inferior a 48 h (%)	2 a 10 días (%)	10 a 30 días (%)
Respiratoria	3	6,7	12,6
Cardiovascular	3,3	2	12,5
Neurológica	3,2	5,4	5,4
Nefrourológica	2	6,1	8,2
Metabólicas	0	16	16
Hematológicas	0	4,2	4,2
Abdominal	1,8	3,6	10

**Tabla 3**

Asociación de la mortalidad al mes con la situación funcional y la edad (%)

Muertes	Sí	p	
CRF	CRF 0 a 2	3	0,002
	CRF 3	6,2	
	CRF 4 a 5	14,3	
CRM	CRM 0 a 1	3,7	0,03
	CRM 2 a 3	9,4	
	CRM 4 a 5	10,2	
Edad	Inferior a 80 años	2,4	0,08
	80 a 89 años	5,8	
	Superior 90 años	10	

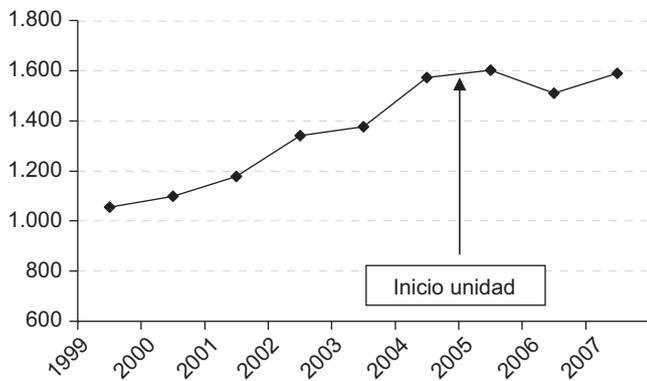
CRF: escala de valoración de incapacidad física de la Cruz Roja; CRM: escala de valoración de incapacidad mental de la Cruz Roja.

diferencias en la tasa de reingreso por la valoración física y mental o por la edad. Donde sí hubo diferencias fue en la media de horas de estancia en la unidad en los pacientes que reingresaban al mes (volvían a acudir al hospital, aunque solo a urgencias), que resultó de 44,5 (18,6), mayor que la media de horas de los que no reingresaban (36,9 [16,8]) ( $p = 0,001$ ).

El 35,3% de los pacientes valorados en la unidad procedía de residencias de ancianos. Estos pacientes ingresaron en el hospital en un porcentaje algo superior a los procedentes de domicilio (27,7 frente al 24,2%); sin embargo, el índice de reingreso al mes fue inferior en los ancianos institucionalizados (15,2 frente al 18%) y estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Esto puede explicarse por el hecho de que los ancianos institucionalizados ya han recibido un tratamiento inicial en su residencia y a urgencias se envía sólo a los de peor evolución o a los más complejos.

Los pacientes dados de alta en su mayoría se derivaron para seguimiento por otros niveles asistenciales del servicio de geriatría en función de su enfermedad médica, situación física, mental y apoyo social. A un 20% se le dio de alta para control por su médico de residencia o de atención primaria. El 7,7% del total de los pacientes falleció en el mes posterior al alta de la unidad. Se observó una asociación lineal estadísticamente significativa entre la mortalidad y el mayor deterioro de la función física, la mental y casi estadísticamente significativa para la edad más avanzada (tabla 3).

Respecto a la repercusión sobre la casuística de la hospitalización del servicio de geriatría, desde el funcionamiento de la unidad de observación (mediados de 2005) ha habido una ralentización en el incremento del número de ingresos progresivo observado en los bienios previos (aumento de 200 pacientes cada 2 años desde 1999). Se observó un descenso inicial en el número de ingresos en la unidad de agudos en el primer año, con una estabilización posterior como se ve en la figura 1. Esto supone un ahorro del 5,7% de los ingresos en 2006 con respecto a 2005 y si se tiene en cuenta la tendencia al alza que tenían en los años



**Figura 1.** Tendencia a la disminución del número de ingresos en la unidad de agudos desde que existe la unidad de observación de urgencias para geriatría (mayo de 2005).

anteriores (2003 a 2004), el ahorro de ingresos supone un 18,2%. La tendencia se confirma al ampliar la evaluación a la progresión del número de ingresos en geriatría de agudos desde el año 1999.

## Discusión

Múltiples estudios recogen los esfuerzos de los profesionales por mejorar la calidad de la asistencia urgente al enfermo anciano y emplean para esto recursos innovadores con resultados variables. Algunos grupos de trabajo han analizado exhaustivamente las diferentes formas de evaluación geriátrica en urgencias<sup>19,20</sup>. Se ha desarrollado la posibilidad de detectar los ancianos de riesgo a través de cuestionarios específicos realizados a la familia en el servicio de urgencias y a través del personal de enfermería de urgencias (como el cuestionario ISAR [Identificación of Seniors At Risk 'identificación de ancianos en riesgo']), para selección de los pacientes que precisan atención geriátrica ambulatoria, con resultados muy positivos en cuanto a reducción de deterioro funcional posterior al alta<sup>21</sup>. Otros estudios han evaluado la intervención de una enfermera especializada en geriatría, lo que parece dar buen resultado para la detección de síndromes geriátricos, con un aumento de derivación a consultas especializadas y reducción de la necesidad de ingreso hospitalario<sup>22</sup>. Datos esperanzadores ofrecen los trabajos de intervención basados en la coordinación de la atención en urgencias con un seguimiento médico domiciliario cercano posterior al alta de urgencias<sup>23,24</sup>.

En los últimos años, la presión asistencial ha obligado a optimizar al máximo los recursos asistenciales y a idear formas de atención sanitaria alternativas a la hospitalización (unidades de cirugía mayor ambulatoria, unidades de corta estancia, hospitales de día oncohematológicos, etc.)<sup>5</sup>. El buen planteamiento de estas unidades mejora la comodidad de los pacientes y supone un notable ahorro económico, sin mermar la calidad de la asistencia<sup>6,7,13</sup>. Por esto, la creación de unidades de corta estancia próximas al servicio de urgencias para valoración geriátrica y para tratamientos breves puede tener la doble función de mejorar la calidad de atención al anciano frágil en urgencias e individualizar su tratamiento en los diferentes niveles asistenciales a los que el paciente pueda ser derivado, de esta manera se disminuye la necesidad de ingreso hospitalario prolongado<sup>5</sup>. En este trabajo se muestra cómo un 43% de los pacientes atendidos en la unidad se derivaron al alta a otro nivel asistencial geriátrico distinto a la hospitalización. Este es un aspecto importante ya que en muchos hospitales no puede llevarse a cabo este proyecto por la falta de esos niveles asistenciales (tanto hospital de día como consultas de alta resolución, atención domiciliaria, etc.).

La unidad de observación permitió disminuir de forma apreciable el número de ingresos en la unidad de geriatría de agudos. Esta reducción ha sido más manifiesta desde el año 2006 (18%), cuando se iniciaron las guardias de geriatría y se podía valorar y dar de alta a los pacientes en cualquier momento del día. El índice de ocupación de esta unidad es bajo (59%) respecto a los estándares de hospitalización, probablemente debido a la estructura de la unidad (con 2 habitaciones triples) que dificulta por razones de sexo el ingreso de algunos pacientes y obliga a enviar a algunos de ellos a la unidad de agudos.

El deterioro físico de base es el principal factor predictor de mala evolución tras la visita a urgencias, junto con la edad muy avanzada, el vivir solo, la falta de soporte social, así como la presencia de enfermedad cardiovascular, diabetes, demencia o depresión<sup>4</sup>. Entre el 10 y el 45% de los ancianos que acuden a urgencias experimenta un deterioro funcional grave en los días posteriores. En este estudio se ha encontrado una asociación de peor situación física, mental y edad avanzada con mortalidad. Algunos estudios apuntan cifras de mortalidad del 10% en el mes posterior para el anciano frágil, con un índice de reingreso en urgencias del 24%<sup>9</sup>. Estas cifras son algo superiores a las de esta Unidad, que presentó una tasa de reingresos del 17% y una mortalidad de 7,7% en el mes posterior. Hay que destacar que en esta área no hay ningún otro centro al cual derivar a los pacientes terminales, por lo que la cifra de muertes puede ser superior a la de otros hospitales en los que sí se puede derivar pacientes que necesitan menos intensidad de cuidados.

También se han analizado ya los beneficios de estas unidades en el tratamiento de algunas enfermedades, en especial la insuficiencia cardíaca, en la que los resultados son muy esperanzadores, sobre todo si la coordinación para el seguimiento ambulatorio a través de consultas de alta resolución, hospitales de día o atención domiciliaria es adecuada. Estas unidades presentan unas cifras de reingreso al mes del 14% y la edad media de sus muestras es bastante menor<sup>8</sup>. Hay que tener en cuenta que el prototipo de paciente que ingresa en esta unidad lo hace por reagudización de la enfermedad cardiorrespiratoria. La mayoría de los estudios de unidades de corta estancia de medicina interna en España presentan estancias medias de 3 y 4 días<sup>7,8,11</sup>, mayores a la de esta unidad, que es de 1,5 días (el máximo pactado en este centro es de 3 días). Pero también presentan un porcentaje de reingreso a la semana del 4,8%, similar al que se ha observado en este trabajo<sup>7</sup>. Parece que el estrecho seguimiento al alta es la clave para un adecuado ajuste de la dosis farmacológica, así como para soporte educacional, instrucción en medidas higiénicas y dietéticas, cumplimiento terapéutico y detección precoz de descompensaciones<sup>9,10</sup>.

Aún hay pocos datos sobre la eficacia de las diferentes intervenciones para mejorar la atención urgente al anciano frágil. Es evidente que la orientación clásica centrada exclusivamente en el proceso patológico que motiva su atención en urgencias no responde adecuadamente a las complejas necesidades del paciente anciano con múltiples e interrelacionadas enfermedades médicas, problemas físicos, mentales y sociales. En 1992, un grupo especial de trabajo de la Sociedad Americana de Emergencias reconocía la importancia de este problema; en este sentido, identificó barreras y recomendó cambios, como la formación de los profesionales, sobre todo en el tratamiento de las principales urgencias geriátricas, y la necesidad de referir a consulta especializada. Además de la mejoría en urgencias, parece claro que el soporte domiciliario y la educación farmacológica ambulatoria ofrecen buenos resultados, así como el seguimiento cercano por el médico de atención primaria o el médico de residencia<sup>2,25</sup>. En los últimos meses se asiste en España, por la escasez generalizada de médicos, a una mayor demanda de geriatras para cubrir puestos en los servicios de urgencias y en las

unidades de observación, pero es muy importante recordar que si no se cuenta con otros niveles especializados de apoyo, consultas e incluso unidades de agudos, la valoración geriátrica que se haga en urgencias puede ser menos eficaz.

Los resultados controvertidos de algunas formas de intervención pueden estar limitados por el hecho de que la enfermedad grave en el paciente anciano muchas veces lleva a la muerte<sup>26</sup>. La realización de una valoración geriátrica completa, acompañada de un alta planificada, puede derivar en una mejor identificación y tratamiento de problemas previamente ocultos. Aunque esto pueda demandar de forma inmediata un mayor empleo de recursos ambulatorios, las consecuencias de esta valoración deben evaluarse a largo plazo, en términos de calidad de vida, independencia funcional y retraso de institucionalización. Hay una clara necesidad de más investigación en este asunto<sup>27</sup>.

En conclusión, a la vista de estos resultados, en general parece beneficiosa la implantación de unidades de observación de urgencias para pacientes ancianos en hospitales generales que dispongan de servicios de geriatría con otros niveles asistenciales. Es destacable que en los 3 años de funcionamiento de la unidad no haya habido ninguna queja en la oficina de atención al paciente por parte de los usuarios de la observación de urgencias para geriatría. La puesta en marcha de esta unidad marca el momento de la estabilización del número de ingresos en la planta de geriatría creciente desde el año 1999. Sin embargo, aunque en este centro el número de ingresos se ha reducido, la repercusión más importante de esta valoración en la urgencia puede ser el incremento de la especificidad del tipo de paciente anciano que se beneficia realmente del ingreso hospitalario en una planta de geriatría. Sería atrevido atribuir sólo a esta unidad la reducción del número de ingresos, ya que en esto también deben influir otras medidas ambulatorias, como la mayor formación de los médicos de residencia, en la que la dotación de infraestructura y de fármacos disponibles también sea mejor, como probablemente la mayor formación en geriatría de los médicos de los centros de salud y las vías de comunicación establecidas entre el servicio de geriatría con atención primaria. Por otro lado, la creación de nuevos grados para valoración geriátrica puede incorporar un porcentaje de pacientes a cargo de la sección de geriatría, y a los que los facultativos de urgencias habrían tenido que tratar en ausencia de esta unidad.

## Bibliografía

1. Albadalejo R, Gomez Pavón J, Ruipérez I. Geriatría y urgencias hospitalarias. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2003;38:237-8.
2. Sanders AB. Older persons in the emergency medical care system. *J Am Geriatr Soc.* 2001;49:1390-2.
3. Mc Cusker J, Karp I, Cardin S, Durand P, Morin J. Determinants of emergency department visits by older adults: A systematic review. *Acad Emerg Med.* 2003;10:1362-70.
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.
5. Torres M, Capdevila J, Armario P, Montull S. Alternativas a la hospitalización convencional en medicina interna. *Med Clin (Barc).* 2005;124:626.
6. Daly S, Campbell D, Cameron P. Short stay units and observation medicine: A systematic review. *MJA.* 2003;18:559-63.
7. Barbado MJ, Jimeno A, Ostolaza JM, Molinero J. Unidad de corta estancia dependiente de medicina interna. *An Med Interna (Madrid).* 1999;16:516-7.
8. Villalta J, Sisó A, Cereijo A, Sequeira E, De la Sierra A. Adecuación de la hospitalización en una unidad de corta estancia en un hospital universitario. *Med Clin (Barc).* 2004;122:454-6.
9. Muñoz N, Mendez M, Conté P, Audibert L. Tratamiento de la insuficiencia cardiaca en una unidad de corta estancia: estancia media, frecuencia y factores de reingreso. *Med Clin (Barc).* 2006;127:516-9.
10. Noval J, Campoamor MT, Avanzas E, Galiana D, Moris J. ¿Son las unidades de corta estancia un lugar adecuado para el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad?. *An Med Interna.* 2006;23:416-9.
11. Torres O, Francia E, Longobardi V, Gich I, Benito S, Ruiz D. Short and long term outcomes of older patients in intermediate care units. *Intensive Care Med.* 2006;32:1052-9.
12. Diz-Lois MT, Iglesi F, Nicolas R, Pellicer C, Ramos V, Diz Lois F. Factores predictivos de reingreso de los pacientes dados de alta por una unidad de corta estancia. *An Med Interna.* 2002;19:219-20.
13. Juan A, Salazar A, Perez JR, García L, Corbella X. Effectiveness and safety of an emergency department short stay unit as an alternative to standard inpatient hospitalisation. *Emerg Med J.* 2006;23:833-7.
14. Naughton BJ, Moran MB, Feinglass J, Falconer J, Williams ME. Reducing hospital costs for the geriatric patient admitted from the emergency department: A randomised trial. *J Am Geriatr Soc.* 1994;42:1045-9.
15. Alfonso JL, Sentis J, Blasco S. Características de la hospitalización evitable en España. *Med Clin (Barc).* 2004;122:653-8.
16. Sánchez M. ¿Urgencias inadecuadas u oferta insuficiente?. *Med Clin (Barc).* 2004;123:619-20.
17. Rodríguez Vera FJ, Alcoucer Diaz MR, Pujo de la Llave E. Use of appropriateness evaluation protocol for the evaluation of hospital admission over use. *Rev Clin Esp.* 2002;5:301.
18. Smeets P, Verheggen F, Pop P, Panis C, Carpay J. Assessing the necessity of hospital stay by means of the appropriateness evaluation protocol: How strong is the evidence to proceed?. *Int J Qual Health Care.* 2000;12:483-93.
19. Mc Cusker J, Verdon J. Do geriatric interventions reduce emergency department visits? A systematic review. *J Gerontol A Biol Med Sci.* 2006;61:53-62.
20. Miller DK, Lewis LM, Nork MJ, Morley JE. Controlled trial of geriatric case-finding and liaison service in an emergency department. *J Am Geriatr Soc.* 1996;44:601-2.
21. Mc Cusker J, Jacobs P, Deneduri N, Latimer E, Tousignant P, Verdon J. Cost effectiveness of a brief two stage emergency department intervention for high risk elders: Results of a quasi randomised controlled trial. *Ann Emerg Med.* 2003;4:45-6.
22. Mc Cusker J, Verdon J, Tousignant P, De Courval LP, Dendukuri N, Beizile E. Rapid emergency department intervention for older people reduces risk of functional decline: Results of a multicenter randomised trial. *J Am Geriatr Soc.* 2001;49:1272-81.
23. Mc Cusker J, Verdon J, Tousignant P. Rapid emergency department intervention for older people reduces risk of functional decline: Results of a multicenter randomized trial. *J Am Geriatr Soc.* 2002;50:1465.
24. Caplan GA, Williams AJ, Daly B, Abraham K. A randomized, controlled trial of comprehensive geriatric assessment and multidisciplinary intervention after discharge of elderly from the emergency department - the deed II study. *J Am Geriatr Soc.* 2004;52:1417-23.
25. Sanders AB. Care of the elderly in the emergency departments: Conclusions and recommendations. *Ann Emerg Med.* 1992;21:830-4.
26. Kessel H. Ancianos multiingresados: no hay peor ciego que el que no quiere ver ni oír. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2003;38:294-9.
27. Fisher RH. El papel de la geriatría en los servicios de urgencias. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2003;38:30-3.