



EDITORIAL

Geriatría en urgencias, una opción sólida

Geriatrics in the emergency department: a solid option

María Fernández Fernández^{a,*} y Juan José Solano Jaurrieta^b

^a Consultor de Geriátría, Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Central, Asturias, España

^b Servicio de Geriátría, Hospital Monte Naranco, Asturias, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

On-line el 9 de julio de 2009

El envejecimiento poblacional representa un reto para los servicios de urgencias, que han de enfrentarse a un aumento en la presión asistencial, existiendo un incremento en su utilización por la población general en los últimos años del 14%. En la actualidad se alcanzan cifras en torno a un 20% de la población con más de 65 años, siendo Asturias y Aragón las comunidades más envejecidas. Este aumento en la población anciana tiene un impacto en la asistencia sanitaria, en general, y en la medicina de urgencias, en particular, asociándose a un mayor consumo de recursos, siendo éste un motivo de preocupación por parte de las administraciones¹.

La ocupación de camas hospitalarias, la frecuentación de urgencias, el consumo de fármacos y técnicas diagnósticas han sido estudiados de forma repetida, con la esperanza de encontrar patrones de utilización que permitieran racionalizar su uso. Y en el ámbito sanitario, y en lo que se refiere al anciano, racionalizar ha significado siempre reducir, utilizar recursos de menor complejidad con circuitos de segunda categoría.

Sin embargo, esos patrones de utilización, cuando se estudian objetivamente y no con concepciones apriorísticas, demuestran una cierta (y para algunos desesperante) perseverancia. Los ancianos utilizan las prestaciones del sistema de salud con igual o mejor criterio que el resto de la población. Solicitan ayuda porque se encuentran en situación de necesidad².

Entonces, si el contacto con el sistema de salud es adecuado, en todo caso el posible problema debe encontrarse en las soluciones que se plantean: en la indudable falta de adaptación de los servicios de salud a las necesidades de los ancianos, que constituyen su principal cliente. Falta de adaptación estructural y falta de formación específica de los profesionales que se integran en esa estructura. Profesionales asistenciales y planificadores debemos reconocer esta realidad.

Generalmente, el anciano acude a urgencias por presentar patologías que se manifiestan de manera diferenciada. La

presentación de la enfermedad es a menudo compleja, existiendo cambios sutiles o inespecíficos, presentaciones atípicas, comorbilidad, polifarmacia y tendencia a la incapacidad. Todo ello sustentado por la biología diferencial del envejecimiento, en el que existe una disminución de la reserva funcional orgánica, que no causa alteración en las actividades cotidianas hasta que aparece la enfermedad³.

Estas situaciones habituales y fácilmente reconocibles por los geriatras suponen una entelequia para otros profesionales menos avezados. Nos encontramos, pues, en un escenario que por repetido se ha convertido en una especie de «mantra sanitario», sustentando la demanda de unidades de convalecencia, de unidades de larga estancia o sociosanitarias.

Parece asumido que las fases más precoces («agudas») del continuo de la atención al anciano están perfectamente resueltas. Precisamente aquellas fases en las que mayor sobrediagnóstico e infradiagnóstico y tratamiento se detectan clásicamente.

Por el contrario, en muy contadas ocasiones, y por parte de un número mucho más pequeño de profesionales, se insiste en que los elementos del «mantra» exigen una concepción mucho más dinámica de las cosas. Los problemas se deben abordar precozmente, seleccionando adecuadamente las intervenciones desde el comienzo del proceso, contando con los términos de decisión más precisos entre los posibles. Ello es tanto más cierto cuanto más en riesgo de incapacidad se encuentra una población.

En ese sentido, los servicios de urgencias hospitalarios constituyen un punto fundamental de la organización, en el que confluyen los individuos. En el anciano, a menudo la visita a urgencias constituye un «evento centinela» que puede marcar el inicio de un deterioro funcional significativo y la pérdida de la independencia.

En general, el anciano ingresa de forma urgente (el 63,3% frente al 36,7% de ingresos programados); es más probable que acuda en ambulancia (el 43% frente al 14% de la población general); acude más enfermo, siendo mayor el número de ingresos y la adecuación del ingreso (el 46% frente al 11% en jóvenes), y requiere una

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: w3myrem@yahoo.es (M. Fernández Fernández).

evaluación más exhaustiva debido a la necesidad de más pruebas diagnósticas y a la mayor complejidad en la evaluación, lo que conlleva estancias más prolongadas en el servicio de urgencias, con un mayor consumo de tiempo de personal^{4,5}.

Todo ello conlleva una sobrecarga de los servicios de urgencias que con frecuencia operan al máximo de su capacidad. Es importante, pues, subrayar la necesidad de organizar la asistencia al anciano en los servicios de urgencias. Por eso se ha comenzado a plantear la necesidad de adaptarlos a estas necesidades, tanto estructural (zonas diferenciadas, menos agresivas, dirigidas a los pacientes ancianos) como funcionalmente (realización de valoración geriátrica en éstos y colaboración multiprofesional entre médicos de urgencias, geriatras, enfermeras y trabajadores sociales, reduciendo los tiempos de espera en la atención e incrementando la rápida resolución de problemas).

Los esquemas propuestos han sido variados y de muy diversa complejidad (desde utilización de escalas de riesgo para detectar pacientes susceptibles de una evaluación más profunda, hasta unidades funcionales o estructurales diferenciadas dirigidas a esta población). En cualquier caso, los patrones de rendimiento de que disponemos nos indican que éste es mayor cuando estos dispositivos se insertan en estrecha conexión con un servicio de Geriatria hospitalario con capacidad de seguimiento de los casos, como señalan los autores⁶⁻¹¹.

Las experiencias que a nivel individual conocemos hasta el momento funcionan a plena satisfacción de servicios de Urgencias y servicios de Geriatria, de modo que ambos potencian su capacidad de respuesta hacia los problemas de su población de referencia. La publicación del artículo de Pareja et al relativa a un dispositivo de este tipo confirma las impresiones iniciales.

El desarrollo de la geriatría hospitalaria y la implantación de dispositivos basados en la valoración geriátrica en estrecha relación con los servicios de urgencias no sólo no prolongan las estancias hospitalarias (preocupación que en muchas ocasiones se ha relacionado sin fundamento objetivo con la implantación de esta especialidad), sino que, como demuestran los autores, pueden contribuir a reducirlas mediante una adecuada selección de casos que pongan en relación la utilización de pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos con las perspectivas reales de recuperación del paciente³.

Debemos empezar a creer que el paciente geriátrico no sólo es aquél en el que otros servicios han realizado las pruebas diagnósticas y sobre el que no caben más actuaciones; no tiene

por qué ser sólo un paciente paliativo, no debe ser un paciente únicamente con necesidades de cuidados básicos generales. Las necesidades sociales definen los cuidados residenciales. Las necesidades médicas del anciano definen los ingresos en Geriatria. Los servicios de Geriatria han de ser proactivos, seleccionando aquellos pacientes sobre los que se puede actuar con precocidad, realizando las pruebas diagnósticas necesarias, instaurando tratamientos y, en algunas ocasiones, evitando el sufrimiento derivado de someter a procedimientos innecesarios a aquellos pacientes sin perspectivas reales. Los servicios de urgencias nos brindan la posibilidad de estar al inicio. No desperdiciemos esta oportunidad^{12,13}.

Bibliografía

1. Strange GR, Chen EH. Use of emergency departments by elder patients: A five-year follow up study. *Acad Emerg Med.* 1998;5:1157-63.
2. González-Montalvo JI, Baztán JJ, Rodríguez-Mañas L. Ingreso hospitalario urgente en servicios médicos: causas, justificación, factores sociales y sus diferencias en función de la edad. *Med Clin (Barc).* 1994;103:441-4.
3. Baztán JJ. Análisis de la organización de servicios de salud para los ancianos: revisión de la evidencia científica. En: Rodríguez-Mañas L, Solano Jaurrieta JJ, editors. *Bases de la atención sanitaria al anciano.* Madrid: Sociedad Española de Medicina Geriátrica, SEMG; 2001.
4. Moreno Millán E, García Torrecillas JM, Lea Pereira MC. Diferencias de gestión entre los ingresos urgentes y los programados en función de los grupos relacionados de diagnóstico y la edad de los pacientes. *Emergencias.* 2007; 19:122-8.
5. McCusker J, Karp I, Cardin S. Determinants of emergency department visits by older adults: A systematic review. *Acad Emerg Med.* 2003;10:1362-70.
6. Miller DK, Lewis LM, Nork MJ. Controlled trial of geriatric case-finding and liaison service in an emergency department. *J Am Geriatr Soc.* 1996;44:513-20.
7. McCusker J, Bellavance R, Cardin S. 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.
8. McCusker J, Verdon J. Do geriatric interventions reduce emergency department visits? A systematic review. *L Gerontol A Biol Med Sci.* 2006;61:53-62.
9. McCusker 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.* 2001;49:1272-81.
10. Caplan GA, Williams AJ, Daly B. A randomized controlled trial of comprehensive geriatric assessment and multidisciplinary intervention after discharge of elderly from the emergency department. *J Am Geriatr Soc.* 2004;52:1417-23.
11. Guttman A, Afilalo M, Guttman R. An emergency department based nurse discharge coordinator for elder patients. Does it make a difference?. *Acad Emerg Med.* 2004;11:1318-27.
12. Hwang U, Sean Morrison R. The geriatric emergency department. *J Am Geriatr Soc.* 2007;55:1873-6.
13. Sanders AB. Care of the elderly in the emergency departments: Conclusions and recommendations. *Ann Emerg Med.* 1992;21:830-4.