

Detección de malos tratos al anciano en las urgencias hospitalarias

Detection of abuse of the elderly in hospital emergency departments

Sr. Director:

Hemos leído el artículo publicado por Ruíz Peña M et al¹ y nos ha llamado la atención la alta prevalencia (32,4%) de malos tratos (MT) en mujeres entre 20 y 70 años, que acudieron a los Centros de Salud. Estos resultados ponen de manifiesto, que gracias a un programa de detección de MT sale a la luz una realidad que hasta hace pocos años ha estado oculta.

En los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) ha ido creciendo el número de consultas de forma exponencial en la última década². Se han convertido en uno de los lugares más accesibles para las víctimas de malos tratos³, por lo cual, los profesionales de SUH ocupan un lugar privilegiado para su detección⁴.

Hasta la fecha, los principales esfuerzos en la detección de MT han recaído sobre mujeres adultas (violencia de género) o menores (MT infanto-juvenil). No así sucede con los MT a personas mayores. Se entienden como tal, a la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que causa daño o angustia a una persona mayor y que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza. Dentro de los MT se incluyen: abuso (físico, sexual o emocional), explotación económica, negligencia y abandono. Bien es cierto, que en los últimos años se ha ido aumentando la concienciación y se han publicado revisiones que incluyen datos epidemiológicos, formas, causas y factores de riesgo junto a sus consecuencias, y aportando estrategias de intervención por parte del profesional sanitario tanto en la prevención primaria o secundaria⁵.

En nuestro centro, el Hospital Clínico San Carlos, se realizó un estudio observacional prospectivo de despistaje de malos tratos en un grupo aleatorio de pacientes mayores de 75 años, que acudió por un problema médico no traumatológico al servicio de Urgencias durante el mes de abril de 2010. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas y variables sociales. Para la detección de MT se empleó el instrumento de evaluación de personas mayores (conocido en el mundo anglosajón como EAI), el cual ha sido validado para SUH, tanto para enfermería como medicina e incluye todos los tipos de MT excepto el abuso emocional⁶. Se incluyeron un total de 70 pacientes, encontrándose algún tipo de evidencia de MT en 25 (35,7%) pacientes siendo evidente en 9 (12,8%) y probable o posible en 16 (33,9%). Los MT detectados fueron por abuso (físico, no sexual), negligencia, abandono y explotación económica (tabla 1). Dentro del grupo de sospecha de MT: 18 (72%) eran mujeres con edad media 84 (DE 4,1) años, 8 (32%) vivían solos y 10 (40%) no tenían ningún tipo de ayuda social. Los motivos de consulta por el cual acudieron a urgencias fueron: 6 (24%) disnea, 6 (24%) dolor lumbar o en las extremidades, 3 (12%) malestar general, 3 (12%) mareo, 2 (8%) dolor torácico, 2 (8%) molestias urinarias, 1 (4%) ojo rojo, 1 (4%) caída y 1 (4%) herida.

Nuestros datos ponen de manifiesto la alta prevalencia de MT en pacientes geriátricos que acuden a los SUH, siendo el porcentaje similar a los obtenidos por Ruíz Peña M¹ en mujeres jóvenes. La víctima de MT en la edad avanzada también es más frecuente mujer, y destaca el aislamiento social y la presencia de MT por omisión como el abandono o negligencia además del abuso.

Hasta la fecha no existe consenso sobre el despistaje de MT de forma sistemática ni cuál sería el instrumento más adecuado en los SUH^{5,6}. Pero lo que es evidente, es que los profesionales sanitarios deben tomar conciencia del problema. Por tanto, creemos en la necesidad de implantar protocolos de actuación ante MT en todos los grupos de edad, tanto en el ámbito de los SUH como de la Atención Primaria.

Tabla 1 Evidencia y tipos de malos tratos

	Físico	Económico	Negligencia	Abandono
Evidencia clara	11 (15,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	9 (12,9%)
Posible/probable	1 (1,4%)	4 (5,6%)	13 (18,6%)	8 (11,4%)
Sin evidencia	58 (82,9%)	65 (93,0%)	57 (81,4%)	53 (75,7%)
Invalorable	0 (0,0%)	1 (1,4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)

Bibliografía

1. Ruíz Peña M, González Peña MJ, López Álvarez JM, Iglesias Hernández MI, Barros Rubio C, González Amaya S, et al. Violencia de género en un área de salud. *Aten Primaria*. 2010;36:202–7.
2. Zaragoza Fernández M, Calvo Fernández C, Saad Saad T, Morán Portero FJ, San José Pizarro S, Hernández Arenillas P. Evolución de la frecuentación en un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias*. 2009;21:339–45.
3. Salvador Sánchez L, Rivas Vilas M, Sánchez Ramón SV. Violencia y maltrato de género (III). Nociones prácticas para su detección precoz y abordaje integral en urgencias. *Emergencias*. 2008;20:343–52.
4. Coll-Vinent Puig B. Violencia y maltrato de género (II). Una aproximación desde urgencias. *Emergencias*. 2008;20:269–75.
5. Fernández-Alonso MC, Herrero-Velázquez S. Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (I). *Aten Primaria*. 2006;37:56–9.
6. Fulmer T, Guadagno L, Bitondo Dyer CB, Connolly MT. Progress in elder abuse screening and assessment instruments. *J Am Geriatr Soc*. 2004;52:297.

Cesáreo Fernández Alonso, Estela Baratas Crespo, Miguel Ángel García Briñón y Francisco Javier Martín Sánchez*

Servicio de Urgencias del Hospital Clínico San Carlos de Madrid

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fjjms@hotmail.com (F.J. Martín Sánchez).

doi:10.1016/j.aprim.2010.05.020

Gripe A ¿Ha cambiado la opinión de nuestros pacientes sobre ella?

Influenza A. Have our patients changed their opinion about it?

Sr. Director:

La gripe A (H1N1) que ha cobrado un gran protagonismo en el año 2009, es una pandemia causada por una variante del Influenzavirus A de origen porcino (subtipo H1N1), conocido oficialmente por la Organización Mundial de la Salud como Virus H1N1/09 pandémico¹⁻³. Para conocer la evolución de la opinión de nuestros pacientes sobre la gripe A se diseñó un cuestionario inicial durante los meses de noviembre y diciembre de 2009 y el mismo cuestionario se volvió a realizar durante los meses de mayo y junio de 2010; o sea al inicio y al final de la primera campaña seria de la gripe A. El objetivo fue conocer el nivel de conocimientos sobre la gripe A de los pacientes que acuden a las consultas de Atención Primaria. El cuestionario fue confeccionado mediante reunión del grupo de expertos y tormenta de ideas. El cuestionario inicial (CI) se aplicó a 200 pacientes y el final (CF) a 148 pacientes. Fue aplicado por 4 médicos de familia y 4 residentes de un Centro de Salud Urbano de la Gerencia del área oeste de Murcia.

El paciente debía contestar si estaba de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, o en desacuerdo con cada una de las cuestiones planteadas. El cuestionario mostró los siguientes resultados: a la pregunta de "si usted acude a una fiesta familiar/trabajo/reunión y se entera que alguno de los allí presentes está pasando la gripe A y no ha dicho nada, seguiría allí con normalidad" en el CI el 72% (n = 144) estaban de acuerdo, estando en desacuerdo el 7,5% (n = 15). En el CF estos porcentajes eran del 85,1% (n = 126) y del 5,4% (n = 8) respectivamente.

Otra cuestión relacionada afirmaba que "si usted acude a una fiesta familiar/trabajo/reunión y se entera que alguno de los allí presentes está pasando la gripe A y no ha dicho nada insistiría al enfermo para que se fuese a casa rápida-

mente"; en el CI estaban de acuerdo el 18,5% (n = 37) y en desacuerdo el 51,5% (n = 103). En el CF estos porcentajes eran del 10,1% (n = 15) y del 56,1% (n = 83) respectivamente. Respecto a la gravedad de la gripe A se preguntaba lo siguiente: "para usted, la gripe A es un problema de salud real y serio, y que en pocos meses tendrá graves consecuencias sanitarias y sociales" estando en el CI de acuerdo el 57,5% y en desacuerdo el 22% (n = 44). En el CF estos porcentajes eran del 20,3% (n = 30) y del 73% (n = 108). En el CI la gripe A era considerada como parecida a la común, más leve que la común y que por intereses se le ha dado una gran repercusión para asustar a la población por el 30% (n = 60) de los encuestados, opinando que no estaban de acuerdo el 44% (n = 88). En el CF estos porcentajes eran del 60,1% (n = 89) y del 20,3% (n = 30). En cambio con la afirmación "la gripe A es una preocupación grande, pues puede tener una alta mortalidad y fallecer yo o algún ser querido", en el CI, estaban de acuerdo el 61,5% (n = 123) y en desacuerdo el 20,5% (n = 41). En el CF estos porcentajes eran del 23,6% (n = 35) y del 50% (n = 74). En el CI, el 34% (n = 68) estaban de acuerdo con que "la gripe A supone un gasto económico alto en vacunas y tratamientos de eficacia dudosa porque esta gripe es parecida a la común y no es grave", no estando de acuerdo el 26% (n = 52). En el CF estos porcentajes eran del 48% (n = 71) y del 22,3% (n = 33). En el CI el 86,5% (n = 173) creen que las medidas sanitarias que se están tomando para controlar la gripe A (educación sanitaria, pautas de actuación, etc) son adecuadas, opinando lo contrario el 3,5% (n = 7). En el CF estos porcentajes eran del 89,9% (n = 133) y del 2% (n = 3). El 66,5% (n = 133) de los encuestados reconocen que no tienen mucha idea sobre la gripe A, pero están muy asustados. En el CF este porcentaje era del 20,3% (n = 30).

A modo de discusión, se aprecia claramente que en menos de un año ha cambiado significativamente la percepción sobre la gripe A de nuestros pacientes, muy posiblemente por haber presentado esta campaña una mejor virulencia de la inicialmente anunciada. Esto hace que la próxima campaña de la gripe A se pueda iniciar con un menor grado de alarma social que la presente⁴.