



CARTAS AL EDITOR

Valoración geriátrica en los pacientes mayores de 75 años ingresados en la unidad de observación de urgencias

Geriatric assessment of patients over 75 years-old admitted to an emergency department observation unit

Sr. Editor:

Hemos leído el artículo publicado por Alonso Bouzón et al y nos han parecido de gran interés los resultados comentados sobre la intervención geriátrica en los pacientes mayores de 75 años con dependencia grave pendientes de ingreso en una unidad de agudos de un hospital terciario, en el que documentan que un programa de revaloración de ingresos por parte del servicio de geriatría evitó un 62,3% de los ingresos inicialmente cursados por los médicos de urgencias¹.

En nuestro centro, el Hospital Clínico San Carlos, se ha realizado recientemente un programa piloto de valoración geriátrica en el paciente mayor de 75 años ingresado en la Unidad de Observación (UO) del Servicio de Urgencias. La UO es un área asistencial vinculada a Urgencias, donde se sitúa, en teoría, únicamente al paciente con un protocolo claramente escrito y una estancia máxima de 24h, pero la realidad dista de la teoría y en un número significativo de ocasiones se acepta a pacientes pendientes de ingreso hospitalario^{2,3}. Nuestro programa consistió en una valoración geriátrica integral adaptada a Urgencias⁴ de todo paciente

mayor de 75 años ubicado en dicha unidad asistencial de 8–15 h y fue llevado a cabo por 2 médicos adjuntos con formación especializada en Geriatría del Servicio de Urgencias y 2 residentes del Servicio de Geriatría. La cobertura del programa era de lunes a viernes, y su duración fue de aproximadamente 2 meses.

Se incluyó un total de 148 pacientes con una edad media de 87,76 años (desviación estándar de 5,61), siendo el 57,4% mujeres. El destino final de los pacientes valorados fueron alta a domicilio: 47 (31,8%); unidad de corta estancia: 22 (14,8%); derivación a hospital secundario: 44 (29,8%); (unidad de agudos: 14 [9,5%], unidad de media estancia: 26 [17,6%] y unidad de paliativos: 4 [2,7%]), e ingreso en unidad de agudos de hospital terciario: 35 (23,6%); es decir, el 76,4% de los pacientes ingresados en la UO fue dado de alta directamente desde Urgencias. En la *tabla 1* se muestra cómo probablemente el motivo de ingreso, la situación funcional al ingreso y la presencia de delirium podrían condicionar el destino final del paciente.

Nuestro porcentaje de alta desde Urgencias es algo superior al del estudio de Alonso Bouzon et al¹, ya que nuestra muestra engloba a todo paciente mayor de 75 años, indistintamente de su situación funcional y cognitiva, en observación o pendientes de ingreso, y no solo a los pacientes pendientes de ingreso. Además, en nuestra cohorte, el 25,7% no tenía ningún apoyo social y sólo el 1% vivía en residencia. Por último, es importante destacar que probablemente los recursos sociosanitarios de cada hospital son diferentes y esto podría condicionar la ubicación definitiva.

Tabla 1

Análisis univariado en función del destino final del paciente

	Domicilio	Unidad de corta estancia	Unidad de agudos	Unidad de agudos	Unidad de media estancia	Unidad de paliativos	p
			Hospital terciario	Hospital secundario	Hospital secundario	Hospital secundario	
Total, n (%)	47 (31,8)	22 (14,8)	35 (23,6)	14 (9,5)	26 (17,6)	4 (2,7)	
Edad media, media (DE)	83,77 (5,62)	82,45 (5,84)	82,46 (5,34)	85,71 (6,90)	85,69 (4,98)	83,76 (5,61)	Ns ¹
Sexo femenino, n (%)	29 (61,7)	14 (66,7)	15 (42,9)	12 (85,7)	13 (50,0)	1 (25,0)	0,040 ²
Índice de Charlson, mediana (RIC)	2 (2–5)	2 (2–4)	3 (2–4)	3 (2–4)	3 (2–6)	4 (3–10)	Ns ³
Índice de Barthel basal, mediana (RIC)	85 (65–100)	78 (58–93)	85 (59–100)	75 (49–86)	72 (50–100)	70 (35–94)	Ns ³
Índice de Barthel al ingreso, mediana (RIC)	80 (37–100)	73 (49–82)	62 (20–90)	63 (20–90)	40 (19–72)	37 (6–68)	0,008 ³
Índice de Lawton basal, mediana (RIC)	6 (2–8)	5 (2–8)	3 (0–6)	3 (4–8)	3 (0–8)	4 (0–5)	Ns ³
Demencia, n (%)	4 (8,5)	3 (13,6)	3 (8,6)	1 (7,1)	6 (23,1)	1 (25,0)	Ns ²
Delirium, n (%)	0 (0,0)	1 (4,5)	7 (20,0)	2 (14,3)	1 (3,8)	0 (0,0)	0,009 ²
Vive solo, n (%)	9 (19,1)	5 (22,7)	10 (28,6)	6 (42,9)	7 (26,9)	1 (25,0)	Ns ²
<i>Diagnóstico, n (%)</i>							
Cardiovascular	9 (19,1)	13 (59,1)	11 (31,4)	8 (57,1)	8 (30,8)	0 (0,0)	0,013 ²
Digestivo	23 (48,9)	4 (18,2)	13 (37,1)	1 (7,1)	4 (15,4)	2 (50,0)	
Infección	4 (8,5)	2 (9,1)	4 (11,4)	3 (21,4)	6 (23,1)	0 (0,0)	
Neurológico	4 (8,5)	1 (4,5)	4 (11,4)	1 (7,1)	1 (3,8)	2 (50,0)	
Otro	7 (14,9)	2 (9,1)	3 (8,6)	1 (7,1)	7 (26,9)	0 (0,0)	

A pesar de ello, dichos resultados apoyan el alto porcentaje de ingresos inadecuados en unidades de agudos de un hospital terciario y demuestran la importancia de un programa de intervención geriátrica vinculado a los servicios de urgencias⁵ para adaptar las necesidades del paciente geriátrico al nivel asistencial más adecuado.

Bibliografía

1. Alonso Bouzón C, Petidier Torregrossa R, Marín Larraín P, Rodríguez Mañas L. Efectividad de la revaloración funcional de ingresos de pacientes con mala situación funcional. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2010;45:19-21.
2. Sánchez M, Salgado E, Miró O. Mecanismos organizativos de adaptación y supervivencia de los servicios de urgencia. *Emergencias.* 2008;20:48-53.
3. Estella A, Pérez-Bello Fontana L, Sánchez Angulo JI, Toledo Coello MD, Del Águila Quirós D. Actividad asistencial en la unidad de observación de un hospital de segundo nivel. *Emergencias.* 2009;21:95-8.

doi:10.1016/j.regg.2010.05.005

Respuesta de los autores

Author's reply

Nos gustaría agradecer a Martín Sánchez FJ y colaboradores¹ su comentario sobre el artículo «Efectividad de la revaloración de ingresos de pacientes con mala situación funcional»². En su escrito, Martín Sánchez y colaboradores presentan los resultados de un programa de revaloración de pacientes mayores de 75 años, llevado a cabo durante dos meses en la Unidad de Observación (Servicio de Urgencias) del Hospital Clínico San Carlos. Su porcentaje de altas (76,4%) fue superior al nuestro (62,3%), lo que podría obedecer a las siguientes diferencias en la intervención y tipo de pacientes: su programa se basa en la revaloración clínica de pacientes que quedan en observación con un plan terapéutico a cumplir en 24h y ser dados de alta, aunque por motivos organizativos, con frecuencia incluye pacientes pendientes de ingreso. Por el contrario, nuestro programa reevalúa pacientes que, tras ser atendidos por los médicos de la Urgencia, éstos consideraban que cumplían criterios de ingreso, es decir, hubiesen ingresado directamente de no existir la opción de ser revalorados por nosotros. Martín Sánchez y colaboradores reevalúan a todos los pacientes mayores de 75 años, de hecho, según la tabla adjunta, su población está formada, mayoritariamente por ancianos con buena situación funcional y con escasa carga de morbilidad. Nosotros solamente hemos reevaluado, por organización del Servicio de Geriatria, ancianos con mala situación funcional, que presentaban una dependencia severa establecida (Escala de Cruz Roja Física $\geq 4/5$) o una demencia grado, al menos, moderadamente severa (Escala de Cruz Roja Mental $\geq 4/5$). Nuestras intervenciones, son por lo tanto, muy diferentes, y a pesar de ello, ambas se caracterizan por obtener una importante disminución en el porcentaje de ingresos. Esto sugiere que la Valoración Geriátrica Integral en la Urgencia, realizada por geriatras, junto con la disponibilidad de diferentes niveles asistenciales, es una herramienta efectiva para evitar ingresos inadecuados. Sin embargo, son necesarios trabajos que evalúen la

doi:10.1016/j.regg.2010.07.002

4. Martín-Sánchez FJ, Fernández C, Merino Rubio C. El paciente geriátrico en urgencias. *An Sist Sanit Navar.* 2010. En prensa.
5. Fernández Alonso C, Martín Sánchez FJ, Fuentes Ferrer M, González del Castillo J, Verdejo Bravo C, Gil Gregorio P, et al. Valor pronóstico de la valoración funcional al ingreso en una unidad de corta estancia de urgencias. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2010;45:63-6.

Francisco Javier Martín-Sánchez^{a,*}, Cesáreo Fernández^a, Juan Jorge González-Armengol^a y José Manuel Ribera Casado^b

^a Servicio de Urgencias, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^b Servicio de Geriatria, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

*Autor para correspondencia.

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

repercusión de este tipo de programas en resultados de salud, status funcional y posterior uso de recursos.

Otra consideración a tener en cuenta a la hora de implementar nuevos programas de este tipo, es no caer en la fragmentación de la atención sanitaria al anciano. Es fundamental que estos programas formen parte de un «continuum» que garantice el seguimiento del enfermo, en los diferentes momentos de la evolución, con un mismo enfoque terapéutico o una misma línea de actuación. Esta idea de la «continuidad de cuidados» es otro de los pilares de la Geriatria que ha sido asumido por otros grupos profesionales, como ilustra la reciente publicación de la Society for Academic Emergency Medicine (SAEM) Geriatric Task Force³.

Bibliografía

1. Martín-Sánchez FJ, Fernández C, González-Armengol JJ, Ribera Casado JM. Valoración geriátrica en los pacientes mayores de 75 años ingresados en la unidad de observación de urgencias. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2010. doi:10.1016/j.regg.2010.05.005.
2. Alonso Bouzón C, Petidier Torregrossa R, Marín Larraín PP, Rodríguez Mañas L. Efectividad de la revaloración funcional de ingresos de pacientes con mala situación funcional. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2010;45:19-21.
3. Terrell KM, Hustey FM, Hwang U, Gerson LW, Wenger NS, Miller DK; Society for Academic Emergency Medicine (SAEM) Geriatric Task Force. Quality indicators for geriatric emergency care. *Acad Emerg Med.* 2009;16:441-9.

Cristina Alonso Bouzón^{a,*}, Roberto Petidier Torregrossa^a, Pedro P. Marín Larraín^b y Leocadio Rodríguez Mañas^a

^a Servicio de Geriatria, Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España

^b Programa de Geriatria y Gerontología, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: calonso.hugf@salud.madrid.org (C. Alonso Bouzón).