La detección del paciente anciano frágil en el área de observación de urgencias

Detection of the frail elderly patient in the emergency department observation area

Sr. Director:

Hemos leído el artículo publicado por Martín Lesende I et al, y las recomendaciones 2009 del programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (PAPPS-semFYC)[1] donde, a pesar de la relevancia epidemiológica, clínica y en el pronóstico de la detección del anciano frágil, concluyen que no se dispone en el momento actual de suficiente evidencia, ni a favor ni en contra, del cribado de la fragilidad en los mayores en Atención Primaria (AP), debido a la incertidumbre sobre herramientas y estrategias de cribado a emplear y su efectividad en dicho ámbito asistencial.

La detección del paciente anciano frágil en AP tiene una importancia clave en la prevención de dependencia[2], pero además tiene un gran interés a la hora de establecer un plan de cuidados en los servicios de urgencias[3,4].

El área de observación (AO), 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 24 horas[5]. Según nuestro punto de vista, es una unidad que puede ser idónea para la realización de la valoración geriátrica integral (VGI) en aquellos ancianos de alto riesgo de cara a reducir el número de ingresos y optimizar los cuidados en AP[4].

En nuestro centro del Hospital Clínico San Carlos, recientemente se ha llevado a cabo un programa piloto en que se realizó una VGI a todo paciente mayor de 75 años ingresado en el AO[6]. Se incluyeron un total de 148 pacientes con una edad media de 87,8 años (DE: 5,6), siendo el 57,4% mujeres. De ellos, 127 (85,8%) presentaron una comorbilidad > 2 según el índice de Charlson, 126 (85,1%) consumían más de tres fármacos, y 121 (81,8%) tenían uno o más síndromes geriátricos, entre los que destacaron la incontinencia urinaria 78 (52,7%), las caídas de repetición 32 (21,6%), la pérdida de peso y/o apetito 27 (18,2%), la demencia 18 (12,2%) y el delirium 11 (7,4%). Respecto a la situación funcional, se valoraron las actividades básicas de la vida diaria, según el índice de Barthel, de forma basal y al ingreso, documentando que casi uno de cada cinco pacientes ancianos ingresados en AO se convirtió en dependiente cuando previamente no lo era (tabla 1). Por último, destacar que 38 (25,7%) vivían solos y 5 (3,4%) no tenían ningún familiar/cuidador próximo capaz de ayudarle en caso de necesidad. Es decir, sólo un paciente presentó un índice de Charlson $\leq$ 2, consumía $\leq$ 3 fármacos, no tenía ningún síndrome geriátrico, era independiente o tenía una dependencia leve basal y al ingreso y no tenía riesgo social. Tras una media de 24 horas de observación, 47 (31,8%) de los pacientes ancianos fueron dados de alta a su domicilio.

Tabla 1 Valoración de las actividades básicas de la vida diaria según el Índice de Barthel en el área de observación de urgencias.

Índice de Barthel	Basal	Ingreso
Independiente/dependencia leve (> 90)	44 (29,8%)	32 (21,6%)
Dependencia moderada (61-90)	61 (41,2%)	48 (32,4%)
Dependencia severa/total ($\leq$ 60)	43 (29,0%)	68 (46,0%)

A la luz de los resultados anteriores, podemos considerar, que casi todos los pacientes geriátricos ingresados en un AO presentaron algún criterio de fragilidad, y de hecho se reflejó en el porcentaje significativo de pacientes que sufrieron deterioro funcional consecuencia de la enfermedad aguda. Además, dado el alto porcentaje de pacientes que vuelven a su domicilio en menos de 24 horas, destaca la importancia de dicha información de cara al plan de cuidado y seguimiento por AP. Por tanto, concluimos que existe la urgente necesidad de profundizar en la detección del paciente frágil y establecer un lenguaje común entre los diferentes niveles asistenciales.

Bibliografía

1. Martín Lesende I, Gorroñogoitia Iturbe A, Gómez Pavón J, Baztán Cortés JJ, Abizanda Soler P. El anciano frágil. Detección y tratamiento en AP. Aten Primaria. 2010;42:388—93.
2. 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 Geronto. 2010;45:358—9.
3. Duaso E, López-Soto A. Valoración del paciente frágil en Urgencias. Emergencias. 2009;21:362—9.
4. Martín-Sánchez FJ, Fernández C, Merino Rubio C. El paciente geriátrico en urgencias. An Sist Sanit Navar. 2010;33(Supl 1):163—72.
5. Estella A, Pérez-Bello Fontaiña L, Sánchez Angulo JJ, 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.
6. 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;45:358-9.

Cesáreo Fernández, Juan González del Castillo, Juan Jorge González Armengol y Francisco Javier Martín-Sánchez*

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

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: fjjms@hotmail.com
(F.J. Martín-Sánchez).

doi:10.1016/j.aprim.2010.07.005