

Geriatría y urgencias hospitalarias

R. Albaladejo^a, J. Gómez-Pavón^b e I. Ruipérez^b

^aMIR en Geriatría. Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid. ^bServicio de Geriatría. Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid. España.

Sr. Director:

Con relación a la creciente demanda de acreditación específica o de especialidad médica en medicina de urgencias y emergencias, creemos que es necesario reclamar la inclusión de la geriatría en dicho acceso si lo hubiera y, sobre todo, la necesidad de formación en geriatría para los profesionales que se incluyeran. Esta afirmación personal se basa en las siguientes consideraciones:

1. Según los resultados del cuestionario Geriatría XXI, remitido a 20 hospitales nacionales que suman más de 9.000 camas, los cuales son corroborados por los datos de otros estudios¹⁻⁴, los mayores de 65 años suponen un porcentaje importante de las personas que acuden a las urgencias hospitalarias (26,2%) y representan el 39,7% de los ingresos hospitalarios por esta vía. Una vez en urgencias, generan proporcionalmente al menos el doble de ingresos que los adultos de menor edad (27 frente al 13%).

Datos aportados por otros estudios, muestran que el anciano requiere la realización de mayor número de pruebas complementarias, que resultan patológicas con mayor frecuencia que en la población más joven⁵.

Por tanto, los ancianos consumen más recursos en su estancia en urgencias que los pacientes de otras edades^{6,7}.

2. Según la demografía española actual del envejecimiento⁸, los datos expuestos anteriormente probablemente aumentarán y se modificarán, con porcentajes incrementados por las personas mayores de 80 años; es el llamado «envejecimiento del envejecimiento»⁹, que implica una fragilidad, dependencia, mortalidad e institucionalización mayores, a la vez que maltrato y iatrogenia.

3. El anciano frágil y el paciente geriátrico¹⁰ presentan una serie de peculiaridades bien conocidas, como son la presentación atípica de enfermedad, la polifarmacia, la elevada comorbilidad, la frecuente presencia de síndromes geriátricos, la alta prevalencia de dependencia funcional y el alto riesgo social, entre otras, que exigen un

manejo geriátrico diferente del aportado por la medicina tradicional¹¹.

4. Este grupo de población, por las peculiaridades descritas anteriormente, cuando acude a un servicio de urgencias suele plantear problemas diagnósticos y terapéuticos diferentes y de una mayor dificultad que el adulto no anciano¹². Entre ellos destacan: *a)* mayor complejidad y necesidad de emplear más tiempo en la realización de una correcta anamnesis, originada por problemas en la comunicación, la falta de información sobre antecedentes médicos y la dificultad en la interpretación de los síntomas, al estar interferidos por la comorbilidad y la frecuente polifarmacia; *b)* dificultades en la realización de una adecuada exploración física por incapacidad física y/o mental, por menor expresividad en ocasiones de patologías graves o por la interferencia de la pluripatología y polifarmacia; *c)* mayor dificultad en la realización e interpretación de las pruebas complementarias realizadas, por los motivos ya aludidos; *d)* mayor riesgo de iatrogenia en el proceso terapéutico, con elevado riesgo de efectos secundarios y de reacciones adversas a medicamentos, dada la necesidad de ajustes de dosis y de conocer las características de la farmacocinética en el anciano, y *e)* la presencia de problemas sociales que requieren de actuación inmediata en la propia urgencia hospitalaria.

5. La falta de formación en geriatría, de motivación y la elevada presión asistencial de los servicios hospitalarios de urgencias¹³⁻¹⁵ llevan a una escasa tolerancia a los pacientes ancianos y a un manejo inadecuado de éstos, con mayor consumo de recursos y estancias más prolongadas. Nos indigna escuchar, con relativa frecuencia, denominaciones despectivas tales como «puros» o «momias», como resultado de todo lo comentado hasta ahora.

6. La geriatría utiliza una serie de instrumentos propios^{10,16}, como el conocimiento de las peculiaridades de la patología geriátrica, la valoración geriátrica integral individual, el trabajo inter y multidisciplinario y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales sanitarios y sociales, que permiten la atención continuada y adecuada del anciano, dentro de un gran espectro asistencial hospitalario, que engloba desde la asistencia geriátrica domiciliaria a la urgencia hospitalaria, las unida-

des geriátricas de agudos, las unidades de recuperación funcional y, por último, los cuidados de calidad al final de la vida¹⁶.

7. Aunque aún son pocos los estudios al respecto, van apareciendo ya en la bibliografía trabajos que avalan las recomendaciones de que el manejo y el empleo de protocolos para los pacientes geriátricos en los servicios de urgencias han de ser diferentes de los usados con el adulto joven¹⁷⁻¹⁹. La intervención de la geriatría en los servicios hospitalarios de urgencias parece suponer importantes beneficios, como son: el desarrollo de un menor deterioro funcional tras la intervención, menor frecuencia de reingresos en el servicio de urgencias, menor riesgo de institucionalización y mortalidad, junto con un menor coste en la atención²⁰⁻²².

Probablemente nuevos estudios aportarán la misma evidencia científica en los otros niveles asistenciales dentro de la geriatría, tales como la reducción de la mortalidad y la menor institucionalización, entre otros^{23,24}. Estamos seguros de que estos resultados serán más positivos aún cuando los servicios de urgencias se encuentren coordinados e integrados en unos adecuados niveles sanitarios geriátricos.

Por todo ello concluimos con la afirmación inicial: los servicios de urgencias hospitalarios se pueden beneficiar de la geriatría para mejorar y optimizar la atención del anciano frágil y del paciente geriátrico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, editor. Geriatría XXI. Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 2000.
2. Defensor del Pueblo. Informes, estudios y documentos. La atención socio-sanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Recomendaciones del Defensor del Pueblo e informes de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología y de la Asociación Multidisciplinaria de Gerontología. Madrid: Defensor del Pueblo, 2000.
3. González JL, Baztán JJ, Rodríguez L, San Cristóbal E, Gato A, Ballesteros P, et al. 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.
4. Giménez J, Rodríguez JL, García E, Blanco MJ, Seijas JA, Díez O, et al. Perfil diferenciador entre los ancianos y los adultos que acuden al servicio de urgencias. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998;33(Supl 1):64.
5. Ruipérez Cantero I, Baztan Cortés JJ, Jiménez Robles C, Sepúlveda Moya D. El paciente anciano. 50 casos clínicos comentados. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana, 1998.
6. Giménez J, Veiga F, Peiro J, Rey F, Bugidos R, Núñez A, et al. Evolución de los ancianos dados de alta de un servicio de urgencias hospitalario. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1999;34(Supl 1):3.
7. Rowland K, Maitra AK, Richardson DA, Hudson K, Woodhouse KW. The discharge of elderly patients from an accident and emergency department: functional changes and risk of readmission. *Age & Ageing* 1990;19:415-8.
8. Dependencia y Necesidades Asistenciales de los Mayores en España. Previsión al año 2010. Madrid: Fundación Pfizer, 2002.
9. II Asamblea Mundial del Envejecimiento. «Por una sociedad para todas las edades». Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento 2002. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002;37(Supl 2):12-36.
10. Salgado A, Guillén F, Ruipérez I, editores. Manual de geriatría. 3.^a ed. Barcelona: Masson, 2002.
11. Instituto Nacional de la Salud. Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud, 1995.
12. Ríbera JM. La urgencia en el anciano, ¿de qué estamos hablando? En: Ríbera JM, Gil P, editores. Urgencias en geriatría. Madrid: Editores Médicos S.A., 1997; p. 11-23.
13. Parboosingh EJ, Larsen DE. Factors influencing frequency and appropriateness of utilization of the emergency room by the elderly. *Med Care* 1987;25:1139-47.
14. Kalache A, Perel Levin S. La OMS y la prevención del abuso de personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002;37:289-90.
15. Sanders AS. Care of the elderly in emergency departments: where do we stand? *Ann Emerg Med* 1992;21:792-5.
16. O'Neill D, Williams B, Hastie I. Retos, oportunidades y función de la asistencia sanitaria especializada en personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002;37:342-6.
17. Rubenstein LZ. The emergency department: a useful site for CGA? *J Am Geriatr Soc* 1996;44:601-2.
18. Wofford JL, Schwartz E, Byrum JE. The role of emergency services in health care for the elderly: a review. *J Emerg Med* 1993;11:317-26.
19. Sanders AB. Older persons in the emergency medical care system. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:1390-2.
20. McCusker J, Verdon J, Tousignant P, Poulin L, Dendukuri N, Belzile E. Rapid emergency department intervention for older people reduces risk of functional decline: results of a multicenter randomized trial. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:1271-81.
21. Boyack V, Bucknum A. The quick response team: a pilot project. *Soc Work Health Care* 1991;16:55-68.
22. Brazil K, Bolton C, Ulrichsen D, Knott C. Substituting home care for hospitalization: the role of a quick response service for the elderly. *J Community Health* 1998;23:29-43.
23. Gold S, Bergman H. Comprehensive geriatric assessment revisited again. *Age & Ageing* 2000;29:387-8.
24. Boult C, Boult LB, Morishita L, Dowd B, Kane RL, Urdangarin CF. A randomized clinical trial of outpatient geriatric evaluation and management. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:351-9.