



EDITORIAL

Atención al anciano en situación de urgencia

Care of the elderly in emergency situations

Alfonso López-Soto

Sección de Geriátría, Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico de Barcelona, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Universidad de Barcelona, Barcelona, España

El envejecimiento de la población es uno de los elementos más importantes en el desarrollo actual y futuro de la política sanitaria de los países occidentales. El aumento de la esperanza de vida y el marcado descenso de la natalidad comportan que los ancianos sean el grupo de edad con la mayor tasa de crecimiento en estos países. El escenario previsto para el año 2010 es de algo más de seis millones de personas por encima de 65 años, de las cuales una cuarta parte tendrán más de 80 años¹. Por otro lado, como es de sobra conocido, los ancianos constituyen el principal grupo de edad en cuanto a consumo de recursos sanitarios de cualquier tipo y, muy especialmente, son los que consultan de forma urgente con más frecuencia en todos los niveles asistenciales^{2,3}.

El objetivo de este número monográfico es revisar los principales dispositivos asistenciales de nuestro sistema sanitario involucrados en la atención de los problemas médicos urgentes de los pacientes ancianos. En este sentido, analizaremos la atención urgente tanto a nivel de la asistencia primaria como de la hospitalaria. En esta última, evaluaremos los servicios de urgencias, las unidades de geriatría de agudos y el anciano en las unidades de críticos. A nivel posthospitalario revisaremos la utilidad de la hospitalización a domicilio en la atención del anciano. Finalmente, evaluaremos la utilidad de un nuevo tipo de dispositivo, a medio camino entre el hospital y las unidades de estancia media, como son las unidades de subagudos. En cada uno de los artículos, los autores harán una revisión del perfil de paciente que se atiende y de la importancia que tiene la asistencia urgente del anciano, así como de las posibles deficiencias de éstos y de las posibles soluciones a futuro para mejorar la calidad asistencial. Para la realización de este número monográfico hemos tenido la oportunidad de contar con un excelente grupo de profesionales con experiencia contrastada en cada uno de los temas asignados.

El papel de la atención primaria en la salud del anciano es incuestionable. Los Dres. Díez-Cascón y Sisó hacen una revisión muy completa de las causas de visita urgente en atención primaria y de la importancia de las actividades preventivas en el control de la salud de los ancianos, y para disminuir las consultas urgentes y la hiperfrecuentación de éstos. Destacan la utilidad de dispositivos, como la atención a domicilio y los centros de atención

continuada, de los que disponemos de experiencias piloto muy alentadoras en Cataluña, que han permitido disminuir las urgencias hospitalarias, especialmente en los pacientes ancianos. Además, proponen diversas actuaciones a futuro, como son la protocolización entre niveles y la utilización de las nuevas tecnologías (uso de internet, telemedicina, etc.)⁴.

Actualmente, los ancianos son el colectivo más importante en los servicios de urgencias hospitalarias y, además, son los que ingresan con más frecuencia en nuestros hospitales, el grupo con mayor mortalidad, estancias más prolongadas y que presenta mayor número de reingresos. Paradójicamente, es el nivel asistencial en el que sus profesionales tienen un menor grado de formación en geriatría y el que, en general, tiene una menor relación con los diferentes dispositivos de atención geriátrica hospitalaria. El Dr. Duaso et al hacen una excelente revisión de estos problemas y nos hacen propuestas de mejora a nivel de la comunicación entre los distintos niveles asistenciales, de la utilización de la valoración geriátrica integral adaptada a las características de las urgencias, lo que nos permitiría la detección precoz de los pacientes geriátricos frágiles ya desde los servicios de urgencias o en las áreas de observación de ellos⁵.

El ingreso hospitalario de estos pacientes es una situación de máximo riesgo para presentar complicaciones, algunas muy propias, como determinados síndromes geriátricos (*delirium*, desnutrición, caídas, etc.). Por otro lado, algunas enfermedades prevalentes, como la insuficiencia cardíaca, las infecciones, etc., tienen unas características clínicas y terapéuticas especiales en las personas de edad avanzada que no son suficientemente conocidas por los profesionales de otras especialidades. En el artículo sobre el anciano en las unidades de geriatría de agudos, los Dres. Romero, Sánchez y Abizanda hacen un exhaustivo y documentado análisis de la utilidad de estos dispositivos en el abordaje clínico y en la prevención de las complicaciones médicas de estos pacientes y, por tanto, de su deterioro funcional. Los autores recalcan que disponemos de evidencia con un nivel grado A de recomendación para su implantación por los beneficios objetivados en relación con un menor deterioro funcional e institucionalización al alta, como por la reducción de estancia media y de costes hospitalarios^{6,7}.

La asistencia a los ancianos en la UCI es un fenómeno creciente. Actualmente, más de la mitad de los ingresos en la UCI son de mayores de 65 años. La evidencia científica demuestra que la

Correo electrónico: ALOPEZ@clinic.ub.es

gravidad de la enfermedad que condiciona el ingreso y la situación funcional previa, más que la edad, son los elementos determinantes tanto de la mortalidad como del pronóstico vital y funcional a largo plazo. Los estudios nos demuestran que los ancianos que sobreviven al ingreso recuperan en gran medida la capacidad funcional y la percepción de calidad de vida que tenían previamente. Aunque, como contrapartida presentan una elevada mortalidad acumulada y un mayor número de síndromes geriátricos, principalmente, el síndrome confusional. Los autores proponen que para mejorar estos resultados debemos introducir la valoración geriátrica en estas unidades y efectuar un seguimiento cercano de estos pacientes al alta de las unidades de críticos por parte de equipos especializados en geriatría^{8,9}.

La hospitalización a domicilio (HaD) es un dispositivo a caballo entre el hospital y la atención primaria, que ha demostrado proporcionar cuidados de rango hospitalario a estos pacientes sin menoscabo de la eficacia y de la seguridad, pero con indudables ventajas en el ámbito de su confort (físico y psíquico) y en el terreno de su situación funcional. Para el Dr. Fernández-Miera, los medios tanto técnicos como profesionales disponibles en la actualidad en estas unidades permiten que cualquier enfermedad grave, médica o quirúrgica, pueda beneficiarse de este tipo de atención en algún momento de su proceso asistencial hospitalario. La HaD permite una utilización más eficiente de los recursos sanitarios y facilita de forma clara la interconexión entre la atención primaria y la atención especializada en el abordaje del paciente anciano¹⁰.

El término de unidades de subagudos se suele aplicar a aquellas que por sus características se sitúan entre el ámbito hospitalario y las unidades de media estancia. Los Dres. Sabartés, Sánchez y Cervera hacen una propuesta del perfil de pacientes tributarios de estos nuevos dispositivos, que por su grado de complejidad podrían ser tratados fuera de un hospital de agudos,

pero que todavía es demasiado elevada para hacerla en las unidades de media estancia. Este tipo de pacientes «subagudos» son importantes, ya que bloquean muchas camas y dificultan las altas hospitalarias. Según los autores, el desarrollo y la implementación de estas unidades puede suponer un incremento de la complejidad terapéutica de las unidades de media estancia existentes y con un componente probablemente más rehabilitador¹¹.

Bibliografía

1. Hernández Rodríguez JA. Tendencias demográficas durante el siglo XX en España. Población Futura [serial online]. Instituto Nacional de Estadística [consultado 3/4/2009]. Disponible en: http://www.ine.es/prodyser/pubweb/tend_demo_s20/futura.pdf.
2. Sager MA, Rudberg MA. Functional decline associated with hospitalization for acute illness. *Clin Geriatr Med*. 1998;14:669-79.
3. Duaso E, Tomás S, Rodríguez-Carballeira M, Julià J. Valoración geriátrica en un servicio general de urgencias hospitalarias. *Rev Mult Gerontol*. 2005;15:40-9.
4. Díez-Cascón P, Sisó A. Atención urgente al paciente anciano en atención primaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2009. doi:10.1016/j.regg.2009.02.005.
5. Duaso E, Tomás S, Rodríguez-Carballeira M, Cuadra L, Llonch M, Ruiz D. Abordaje del anciano en el servicio de urgencias de un hospital de agudos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2009. doi:10.1016/j.regg.2009.01.009.
6. Romero L, Sánchez Jurado PM, Abizanda P. El anciano en la unidad de geriatría de agudos (UGA). *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;12:12.
7. Baztán JJ, Suárez-García FM, López-Arrieta J, Rodríguez-Mañas L, Rodríguez-Artalejo F. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: Meta-analysis. *BMJ*. 2009;338:b50.
8. Fernández-Miera M.F. Hospitalización a domicilio del anciano con enfermedad aguda. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2009. doi:10.1016/j.regg.2009.03.012.
9. López Soto A, Sacanella E. El anciano en situación crítica: nuevos retos en la asistencia geriátrica del futuro. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2008;43:199-200.
10. Sacanella E, Pérez-Castejón JM, Nicolás JM, Masanés F, Navarro M, Castro P, et al. Mortality in healthy elderly patients after ICU admission. *Intensive Care Med*. 2009;35:550-5.
11. Sabartés O, Sánchez D, Cervera AM. Unidades de subagudos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2009. doi:10.1016/j.regg.2009.01.008.