

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

Neuropsychiatric assessment in patients over 75 years-old admitted to an emergency department observation unit

Sr. Editor:

Hemos leído el artículo publicado por Rodríguez-Molinero et al¹ y nos han parecido de gran interés los resultados comentados sobre la valoración cognitiva de los pacientes ancianos en el servicio de urgencias. Según los datos ilustrados, existe una escasa sensibilidad y falta de reconocimiento de la situación mental de los ancianos por parte de los médicos de urgencias. Por ello, queremos estudiar la importancia de conocer la situación cognitiva y afectiva de los pacientes ancianos ingresados en áreas de ingreso vinculadas a urgencias²⁻⁵.

En nuestro centro, el Hospital Clínico San Carlos, se ha realizado recientemente un programa piloto de valoración neuropsiquiátrica 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 estancia máxima de 24 h, pero la realidad dista de la teoría, y en un número significativo de ocasiones se aceptan pacientes pendientes de ingreso hospitalario². Nuestro programa consistió en una valoración neuropsiquiátrica adaptada a urgencias (CAM, SIS, 5-GDS)^{5,6} a todo paciente mayor de 75 años ubicado en dicha unidad asistencial de 8 a 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 meses⁷.

Se incluyó a un total de 147 pacientes, de los cuales 60 (40,8%) tenían delirium, depresión o probable demencia previa o de novo diagnóstico. Cuando comparamos este grupo de pacientes (grupo demencia-delirium-depresión [DDD]) con aquellos que no tenían deterioro cognitivo y/o trastorno afectivo (grupo no DDD), los primeros se asociaron de forma estadísticamente significativa a mayor edad, una tendencia a consumir más fármacos, eran más dependientes –tanto para actividades instrumentales (índice de Lawton) como básicas de la vida diaria (índice de Barthel)– y tuvieron mayor porcentaje de ingreso. No se documentaron diferencias respecto al sexo, comorbilidad, ni situación social (tabla 1). En nuestro estudio, se demostró que la presencia DDD en los pacientes geriátricos ingresados en la UO de urgencias se asociaba a un mayor grado de dependencia basal como al ingreso, polifarmacia y mayor necesidad de ingreso.

Tabla 1
Análisis en función de la presencia de síntomas al destino final del paciente

Variables	Grupo DDD 60 (41%)	Grupo no DDD 87 (59%)	p
Edad (años), media ± DE	84,5 ± 5,7	83,1 ± 5,3	0,005
Sexo mujer, n (%)	34 (41%)	49 (59%)	0,970
Índice de Charlson, media ± DE	3,7 ± 2,1	3,2 ± 2,1	0,112
Número de fármacos, media ± DE	6,5 ± 3,2	5,5 ± 2,9	0,077
Barthel basal, media ± DE	62,9 ± 30	80,4 ± 23	<0,001
Barthel ingreso, media ± DE	45,6 ± 33	66,9 ± 33	<0,001
Lawton basal, media ± DE	2,8 ± 3,1	5,6 ± 2,7	<0,001
Vive solo, n (%)	22 (36,6%)	15 (17,2%)	0,645
Ingreso hospitalario, n (%)	47 (78%)	53 (61%)	0,020

Estos datos demuestran la importancia de la valoración neuropsiquiátrica estructurada y adaptada a urgencias en las UO y que no hay que basarse exclusivamente en la impresión subjetiva de los médicos de urgencias, ya que es un indicador de alto riesgo de fragilidad y condiciona el plan de cuidados.

Bibliografía

1. Rodríguez-Molinero A, López-Diéguez M, Pérez Medina I, Tabuena Al, De la Cruz Jj, Banegas JR. Evaluación Cognitiva de los pacientes ancianos en el servicio de urgencias: comparación entre instrumentos estándar, historia clínica y la percepción de los médicos. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2010;45: 183-8.
2. 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.
3. Actividad de una unidad de corta estancia en urgencias de un hospital terciario: cuatro años de experiencia. Emergencias. 2009; 21: 87-94.
4. Sánchez M, Salgado E, Miró O. Mecanismos organizativos de adaptación y supervivencia de los servicios de urgencia. Emergencias. 2008;20:48-53.
5. Martín-Sánchez FJ, Fernández C, Merino Rubio C. El paciente geriátrico en urgencias. An Sist Sanit Navar. 2010;33 Suppl 1:163-72.
6. Duaso E, López-Soto A. Valoración del paciente frágil en urgencias. Emergencias. 2009;21:362-9.
7. 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. En prensa.

Francisco Javier Martín-Sánchez ^{a,*}, Cesáreo Fernández ^a,
Tania Guevara ^b y Pedro Gil Gregorio ^b

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

^b Servicio de Geriatría, Hospital Clínico San Carlos, Madrid

* Autor para correspondencia.

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

doi:10.1016/j.regg.2010.09.004