



## EDITORIAL

# Valoración funcional en los servicios de Urgencias hospitalarios

Francisco Javier Ortiz Alonso

Jefe de sección de Geriátría, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

Los servicios de Urgencias hospitalarios (SUH) juegan un papel único y esencial en los cuidados del anciano. Están abiertos las 24 h del día, los 356 días del año. Datos del SUH de nuestro centro (datos propios) indican que de las Urgencias del adulto (mayores de 16 años), las visitas de los mayores de 65 años representan el 30,8%. La frecuentación de Urgencias aumenta con la edad, llegando a ser de 70 visitas por cada 100 personas mayores de 85 años. Los ancianos vistos en el SUH parecen significativamente más enfermos: el 25,4% precisan ingreso hospitalario, comparado con el 8% de los menores de 65 años; el 1,1% precisan ingreso en UCI, frente al 0,4%. Las Urgencias son un indicador importante de la actividad del hospital, ya que el SUH aporta el 56% de los pacientes que ingresan en el hospital. Esta presión de Urgencias es más importante al ir avanzando la edad, llegando al 80% en los mayores de 80 años. Los ancianos pasan más tiempo en el SUH hasta el alta o ingreso y reciben más pruebas complementarias que la población más joven. Estos datos de nuestro medio son similares a los de la literatura internacional<sup>1-3</sup>. En una encuesta a médicos de Urgencias, estos responden que el estudio de los ancianos en los SUH emplea más tiempo y recursos, y es más difícil que el estudio de los pacientes más jóvenes<sup>4</sup>.

Solo recientemente, la medicina de Urgencias ha identificado a la población anciana como un grupo con necesidades especiales. No obstante, el interés en esta área está creciendo exponencialmente. En los años 90, la Society for Academic Emergency Medicine (SAEM) Geriatric Task Force propuso un modelo de los cuidados del anciano en los SUH y definieron 11 principios de la medicina de Urgencias geriátrica<sup>5</sup>. Uno de estos principios especifica que «el conocimiento del estado funcional basal es esencial a la hora de evaluar nuevos problemas en el SUH». El seguimiento de ancianos después de una visita a Urgencias, muestra una tasa elevada de eventos adversos, incluyendo pérdida de la independencia funcional, muerte, recurrencia de visitas a Urgencias y reingreso hospitalario. Es decir, el SUH se convierte en un lugar potencialmente importante para identificar a los ancianos con riesgo de eventos adversos y, recientemente, se han desarrollado algunas escalas sencillas para detectar al anciano de riesgo de estos eventos adversos<sup>6,7</sup>. La escala ISAR<sup>6</sup>, desarrollada por McCusker et al, incluye 6 preguntas que valoran el estado funcional (basal y el cambio agudo con enfermedad), hospitaliza-

ción reciente, deterioro de la memoria, alteración visual y polimedición. Los pacientes con puntuación de 2 o más se consideran con riesgo de eventos adversos durante 6 meses después de la visita a Urgencias (muerte, institucionalización por 3 o más meses o deterioro funcional físico).

El médico de Urgencias actúa como un «guardián» entre la comunidad y el hospital. La decisión entre ingreso y alta se toma en Urgencias. En los ancianos, esta decisión debe tener en cuenta problemas médicos, funcionales y sociales. Durante la hospitalización convencional, los ancianos tienen 5 veces más riesgo de complicación iatrogénica que los jóvenes. Los ancianos tienen un 35% de riesgo de deterioro funcional, mayor riesgo de cuadro confusional agudo y mayor riesgo de reingreso hospitalario. Aunque el hospital puede considerarse «inseguro» para el anciano frágil, la hospitalización es con frecuencia necesaria para tratar una enfermedad aguda. Existen alternativas potenciales a la hospitalización convencional tras la visita al SUH, entre ellas están las unidades de corta estancia (UCE), hospitalización a domicilio o traslado a residencia para los paciente institucionalizados. Las UCE, adscritas a Medicina Interna o a los SUH, nacen por la limitación de la disponibilidad de camas y la necesidad de reducir la estancia hospitalaria, y con la hipótesis de que la eficiencia y calidad de la asistencia pueden mejorar. Teóricamente, una estancia más corta del anciano en el hospital, por ejemplo en UCE, podría disminuir los riesgos mencionados de la hospitalización convencional. Es conocido que el deterioro funcional previo, es decir, la pérdida de la independencia en realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) está asociada a ingreso hospitalario convencional, prolongación de la estancia hospitalaria, reingreso hospitalario e incluso mortalidad<sup>8</sup>. No obstante, no son conocidos los efectos potenciales que el deterioro funcional puede tener sobre los ingresos en una UCE. En este sentido, resulta novedoso el estudio publicado en este número de la REGG por Fernández Alonso et al<sup>9</sup>. Este estudio evalúa el impacto que tiene la situación funcional basal y su deterioro por la enfermedad aguda sobre la adecuación del ingreso en UCE de pacientes mayores de 65 años. Sesenta pacientes consecutivos ingresados en UCE tienen una valoración funcional con el índice de Barthel de ABVD y el índice de Lawton y Brody de actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) tanto basal (un mes previo al ingreso) como al ingreso, y calculan la pérdida funcional al ingreso (diferencia entre situación basal y al ingreso). La adecuación del ingreso en UCE se mide por la ubicación al alta de la UCE, considerando la hospitalización o traslado a otros centros como fracaso e ingreso inadecuado en UCE. Los investigadores encuentran

Correo electrónico: jortiz.hgugm@salud.madrid.org

que la pérdida funcional aguda al ingreso en las ABVD y AIVD son las únicas variables asociadas de manera independiente al ingreso inadecuado. Aunque la relación entre la pérdida funcional aguda al ingreso de ancianos hospitalizados y la discapacidad y mortalidad al alta y al mes es conocida<sup>10,11</sup>, a nuestro entender, no se conocía la relación entre esta pérdida funcional y la adecuación del ingreso en UCE. Merecen comentarse algunos aspectos de este estudio. En este estudio, todos los pacientes sufren un nuevo deterioro funcional. Esto concuerda con algunos estudios (93%)<sup>10</sup>, pero no con otros (43%)<sup>11</sup>. La discrepancia puede estar relacionada con diferente sensibilidad para detectar cambios de las escalas utilizadas (índice de Barthel vs. índice de Katz, respectivamente) o con sesgo en la medición. Por otro lado, llama la atención el elevado número de ingresos que los autores consideran inadecuados (53%). Entre estos, se incluyen traslado a «centros de apoyo» (35%) y hospitalización convencional (18%). No se explica si los centros de apoyo suponen hospitalización convencional en otros centros o unidades de convalecencia para recuperación funcional, que podría ser una opción adecuada para ancianos frágiles, una vez resuelto el problema agudo. Este estudio nos sugiere que la detección de nuevo deterioro funcional en los SUH es crucial. Con frecuencia, este deterioro anuncia un problema médico subyacente, que puede no ser evidente para los médicos de Urgencias sin experiencia en medicina geriátrica. Una simple valoración funcional cambiaría la ubicación de ingreso de una gran proporción de pacientes. Estos pacientes con nuevo deterioro funcional son más propios de unidades de Agudos de Geriátrica o Medicina Interna, con experiencia en medicina geriátrica. Se ha argumentado que los SUH sobrecargados, no serían el lugar ideal para realizar una búsqueda activa de ancianos de riesgo. Esta búsqueda activa en los SUH, sin realizar intervención geriátrica, no parece ser útil. La intervención consistente en una valoración geriátrica exhaustiva sí consume tiempo y recursos, y no está disponible en la mayoría de SUH. McCusker et al demuestran que el SUH puede ser un lugar clave para encontrar pacientes de riesgo e implementar una intervención que disminuya el deterioro funcional tan común después de una enfermedad que requiere visita a Urgencias<sup>12</sup>.

Celebramos el estudio de Fernández Alonso et al, que nos sugiere que aplicar una simple escala de valoración funcional en los SUH ayuda a adecuar el ingreso hospitalario. No obstante, creemos necesario confirmar estos resultados con estudios prospectivos de validación.

## Bibliografía

1. McCaig LF. National hospital ambulatory medical care survey: 1998 emergency department summary. *Adv Data*. 2000;313:1-23.
2. Strange GR, Chen EH. Use of emergency department by elder patients: A five-year follow-up study. *Acad Emerg Med*. 1998;5:1157-62.
3. Singal BM, Hedges JR, Rousseau EW, Sanders AB, Berstein E, McNamara RM, Hogan TM. Geriatric patient visits. I: Comparison of visits by geriatric and younger patients. *Ann Emerg Med*. 1992;21:802-7.
4. McNamara RM, Rousseau E, Sanders AB. A survey of practicing emergency physicians. *Ann Emerg Med*. 1992;21:796-801.
5. Sanders AB ed. *Emergency care of elder persons*. St Louis, CO: Beverly Cramon; 1996.
6. McCusker J, Bellavance F, Cardin S, Trepanier S, Verdon J, Ardman O. Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit: the ISAR screening tool. *J Am Geriatr Soc*. 1999;47:1229-37.
7. Meldon SW, Mion LC, Palmer RM, Drew BL, Connor JT, Lewicki LJ, et al. A brief risk-stratification tool to predict repeat emergency department visits and hospitalizations in older patients discharged from the emergency department. *Acad Emerg Med*. 2003;10:224-32.
8. Alarcon T, Barcena A, Gonzalez-Montalvo JI, Penalosa C, Salgado A. (1999) Factors predictive of outcome on admission to an acute geriatric ward. *Age and Ageing*. 1999;28:429-32.
9. 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*. 2009;52:63-6.
10. Abizanda Soler P, León Ortiz M, Romero Rizo L, Sánchez Jurado PM, Luengo Márquez C, Domínguez Martín L, et al. La pérdida funcional al ingreso, principal variable explicativa de discapacidad y mortalidad al alta y al mes en ancianos hospitalizados. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2007;42:201-11.
11. Covinsky KE, Palmer RM, Fortinsky RH, Counsell SR, Stewart AL, Kresevic D, et al. Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: Increased vulnerability with age. *J Am Geriatr Soc*. 2003;51:451-8.
12. McCusker J, Verdon J, Tousignant P, De Courval LP, Dendukuri N, Belzile E, et al. Rapid emergency department intervention for elders reduces risk of functional decline: Results of a multicentre randomized trial. *J Am Geriatr Soc*. 2001;49:1272-82.