Rev Esp Geriatr Gerontol. 2010;45(4):181–182

Revista Española de Geriatría y Gerontología

www.elsevier.es/regg

EDITORIAL

Atención al anciano en urgencias y valoración de su situación cognitiva y funcional: dos conceptos inseparables

Care of the elderly in emergency departments and assessment of their cognitive and functional condition: Two inseparable concepts

Teresa Pareja Sierra

Unidad de Observación de Urgencias para Geriatría, Sección de Geriatría, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

Como se ha reflejado en múltiples publicaciones recientes, tanto en el ámbito de la geriatría como en el de la especialidad de urgencias, la creciente presión asistencial de la población anciana en los servicios de emergencias hospitalarios es un problema cada vez más importante. Actualmente los pacientes mayores de 65 años suponen más del 35% del total de las asistencias prestadas en estas unidades. Este hecho ha supuesto una serie de consecuencias a múltiples niveles que deben hacer reflexionar tanto a los facultativos de urgencias como a los geriatras y por supuesto, a los gestores de los centros sanitarios, sobre cuál es la forma más adecuada de atender al paciente mayor en el servicio de urgencias.

El anciano pluripatológico, polimedicado y con varios síndromes geriátricos se presenta habitualmente en urgencias con síntomas inespecíficos a menudo no proporcionales a la gravedad de su patología[1,2]. Además en ellos es más difícil la entrevista y la exploración física, lo que favorece la interpretación errónea de los síntomas y la administración de tratamientos incorrectos, con las consecuencias que ello supone, dada su gran sensibilidad a fármacos[3]. Las lesiones atendidas en el área de traumatología son con frecuencia serias, y pueden ser síntoma centinela de patología médica de base, como son las caídas[4]. Por la presión que supone la sobrecarga habitual de los servicios de urgencias, las medidas diagnóstico-terapéuticas no son individualizadas y la escasez de tiempo y medios limita a menudo una correcta actuación en el anciano. Además la infraestructura física de estos servicios es un medio hostil poco adaptado a sus usuarios más habituales: los ancianos.

Esta creciente demanda asistencial de la población de más edad ha puesto de manifiesto notables deficiencias en la formación del personal de los servicios de urgencias para la atención a este grupo de enfermos con características especiales. Desgraciadamente, en estos servicios el personal se recicla sobre nuevos protocolos de atención al paciente politraumatizado, protocolos de reanimación cardiopulmonar, actuación ante catástrofes, etc. Sin embargo, la formación en geriatría es escasa y la inquietud por adquirirla también. No obstante, esto parece estar cambiando y cada vez es más habitual encontrar publicaciones del ámbito de urgencias enfocadas al paciente geriátrico, como demuestra uno de los últimos números de la revista de la Sociedad Americana de Medicina de Emergencias, monográfico sobre el anciano[5].

Las consecuencias de una atención no especializada en urgencias se producen a múltiples niveles. Por supuesto son muy importantes para la salud y la calidad de vida del anciano y sus familiares, pero también lo son en términos de gestión de recursos sanitarios. El desconocimiento de la patología específica del paciente mayor implica a menudo la sobre indicación de ingreso hospitalario con las consecuencias que ello supone, o bien la minusvaloración de síntomas atípicos tan frecuentes en este grupo etario[6,7]. Como se ha demostrado en numerosas publicaciones, el ingreso indiscriminado de ancianos de cualquier situación física y cognitiva no reporta beneficios para nadie, en especial para el propio paciente. Es también sabido que los pacientes con un alto grado de dependencia deben ingresar en casos muy específicos y que la selección del enfermo que se beneficia realmente de los cuidados en las salas geriátricas de agudos es la clave del éxito de su intervención[6]. Desgraciadamente es a menudo más fácil ingresar al anciano que interesarse por su situación de base y las posibilidades de tratamiento en otros niveles asistenciales ambulatorios o residenciales, lo que precisa más dedicación, tiempo y esfuerzo. Por otro lado es imprescindible mencionar el problema de la atención proporcionada a los ancianos con discapacidad grave que llegan a urgencias en situación terminal, ya que requieren una atención específica y muy cuidadosa que con frecuencia está ausente. De igual modo, el ingreso indiscriminado de estos enfermos, sin ofrecerles la posibilidad de cuidados paliativos domiciliarios o residenciales no se justifica en ningún caso por la falta de formación, tiempo o esfuerzo de los profesionales de urgencias.

La valoración del anciano en urgencias debería incluir una evaluación de su situación física, mental y social, además de una evaluación médica y de la opinión del paciente y sus cuidadores. Con todos los anteriores elementos se pueden tomar decisiones fundamentales como son el tipo de tratamiento, la necesidad de ingreso hospitalario ,el lugar de seguimiento, la opción quirúrgica, el empleo de técnicas avanzadas, el ingreso en la unidad de

Correo electrónico: tparejas2@hotmail.com

0211-139X/$ - see front matter © 2010 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
doi:10.1016/j.regg.2010.04.004

cuidados intensivos o las órdenes de no reanimación. En el paciente anciano, el tratamiento puede ser llevado a cabo en el hospital o en el nivel asistencial más adecuado para su situación funcional. Por esto se considera inseparable la valoración médica de una valoración geriátrica sencilla en urgencias para la toma de decisiones y la indicación del tipo de tratamiento más preciso en el lugar más adecuado. De la misma manera que es imprescindible un electrocardiograma para la evaluación de un paciente cardiópata o la realización de una radiografía en un paciente traumatizado para la toma de decisiones, la evaluación, al menos somera, de la situación basal del anciano es imprescindible en su atención en urgencias. Para los geriatras es tan importante como el propio diagnóstico médico, sin la cual no es posible establecer un plan de tratamiento. Por ello nos resulta inconcebible que en urgencias se realice una valoración del anciano desde el punto de vista exclusivamente médico, ya que sabemos las consecuencias que ello supone. Sin embargo y pese a las evidencias, el número de publicaciones que constatan que esta valoración no se realiza de forma adecuada es cada vez mayor[8].

En el artículo de Rodríguez Molinero et al publicado en este número se recoge la relación entre la impresión subjetiva de los médicos de urgencias sobre la situación cognitiva de sus pacientes ancianos, la frecuencia con que transcriben sus impresiones en la historia clínica y la concordancia de estas impresiones con la valoración mediante test validados realizados a los acompañantes de los pacientes. La conclusión parece clara, la sensibilidad para la valoración de deterioro cognitivo es escasa, tanto por exceso como por defecto y, en cualquier caso, casi no se refleja en la historia clínica del paciente como dato relevante para la toma de decisiones. Es destacable la frecuencia con la que se clasifica a los pacientes sin deterioro cognitivo como demenciados, con las consecuencias que ello puede suponer. Llama la atención que la mayoría de los médicos evaluados eran internistas o médicos de familia, con una edad media de 30 años. Le da valor al trabajo el hecho de que se analizó una sola vez la actuación de cada facultativo para evitar que la primera entrevista modificase su actitud en futuros pacientes, lo que podría haber artefactado los resultados del estudio.

Por todo los motivos anteriormente expuestos los geriatras, los médicos de urgencias y los gestores hospitalarios debemos ir progresivamente adquiriendo conciencia de que es imprescindible la adaptación de la infraestructura humana y física de los servicios de urgencias para mejorar la calidad e incrementar la eficiencia en la atención al paciente anciano[9]. Está bien demostrado que lo que aporta calidad de asistencia y coste efectividad a la atención hospitalaria al anciano es la valoración geriátrica[10]. La presión de estos pacientes en el servicio de urgencias va a hacer imprescindible su ampliación a dichos servicios. Se han publicado múltiples sistemas de intervención geriátrica en urgencias, test de *screening*, valoración por enfermería especializada, valoración por geriatra consultor e incluso unidades de urgencias específicas para ancianos o de observación o de corta estancia anexas a los servicios de urgencias[11–15]. Todas ellas dan resultados esperanzadores en términos de prevención de deterioro funcional, efectos secundarios farmacológicos, reingresos, satisfacción de pacientes y cuidadores y consumo de recursos sanitarios. Es solo cuestión de tiempo demostrar, por más que los gestores de recursos sanitarios parezcan ciegos a ello, que este problema necesita para su abordaje la colaboración de los especialistas en geriatría, que como cada especialista en su ámbito, pueden aportar mucho a un grupo de enfermos cada vez más numerosos en las salas de espera de los servicio de urgencias.

Bibliografía

1. Aminzadeh F, Dalziel WB. Older adults in the emergency department: a systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. Ann Emerg Med. 2002;39:238–47.
2. Terrell K, Hustey F, Hwang U, Gerson L, wenger N, Miller D. Quality indicators for geriatric Emergency care. Acad Emerg Med May. 2009;16:5441–9.
3. Hastings N, Schmader KE, Sloane RJ, Weinberger M, Pieper CE, Goldberg KC, et al. Quality of Pharmacotherapy and Outcomes for Older Veterans Discharged from the Emergency Department. JAGS. 2008;56:875–80.
4. Fisher RH. El papel de la geriatría en los servicios de urgencias. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2003;1:30–3.
5. Geriatric Emergency Medicine. Academic Emergency Medicine. 2010;17(Issue 3).
6. Abizanda P, León M, Romero L, Sánchez Jurado P, Luengo C, Domínguez 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.
7. Sepúlveda D, Isaac M, Izquierdo G, Ruipérez I. Deterioro funcional en pacientes nonagenarios ingresados en hospitales de agudos. Med Clin (Barc). 2001;116:799.
8. Marqués Villalonga A, San José Laporte A, Klamburg J, Jacas C, Camacho OL, Vilardell M. Valoración geriátrica de la función física en un Servicio de Urgencias. Rev Clin Esp. 2005;5:203–6.
9. Moya Mir MS. La formación geriátrica en urgencias. Emergencias. 2006;18: 1–4.
10. 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.
11. Salvi F, Morichi V, Grilli A, Giorgi R, De Tommaso G, Dessi A, et al. The elderly in the emergency department: a critical review of problems and solutions. Intern Emerg Med. 2007;2:292–301.
12. Mc Cusker J, Verdon J. D geriatric interventions reduce emergency department visits? A systematic review. J Gerontol A Biol Med Sci. 2006;61:53–62.
13. Geriatric emergency department targets aging populations specialized unit tailored for the aged. Ann Emerg Med. 2009;54:23–5.
14. Hwang U. The geriatric emergency department. JAGS. 2007;55:1873–6.
15. Salvi F, Morichi V, Grilli A, Giorgi R, Spazzafumo L, Polonara S, et al. A geriatric Emergency service for acutely ill elderly patients: patterns of use and comparison with conventional emergency department in Italy. JAGS. 2008;53: 2131–8.