

Unidad de observación geriátrica en emergencia

Geriatric observation unit in emergency

Ernesto Gabriel Adolfo Espinoza-Coronel^{1,a}, Carlos Hidalgo-Aguilar^{2,b}

RESUMEN

Introducción. *la orientación clásica centrada exclusivamente en el proceso patológico que motiva su atención en urgencias no responde adecuadamente a las complejas necesidades del paciente anciano con múltiples e interrelacionadas enfermedades médicas, problemas físicos, mentales y sociales. La unidad de observación geriátrica en emergencia en la Red Asistencial Lambayeque: se basa en los estándares de permanencia, prioridades de Emergencias, en los conceptos de fragilidad y las particularidades propias del proceso de enfermedad del adulto mayor. Debe estar ubicada dentro del Servicio de Emergencia del Hospital.*

Palabras clave: *Hospitales geriátricos; Administración de los Servicios de Salud; riesgo en el manejo. (Fuente: DeCS-BIREME).*

ABSTRACT

Introduction: the classic orientation focused exclusively on the pathological process that motivates its attention in the emergency does not respond adequately to the complex needs of the elderly patient with multiple and interrelated medical diseases, physical, mental and social problems. **The emergency geriatric observation unit in the Lambayeque Assistance Network:** based on the permanence standards, priorities of Emergencies, on the concepts of fragility and the peculiarities of the disease process of the elderly. It must be located within the Emergency Service of the Hospital.

Keywords: Geriatric Hospitals; Health Services Administration; Risk Management. (Source: DeCS-BIREME).

INTRODUCCIÓN

Las necesidades de atención de salud del adulto mayor son mayores que los de la población de menores de 60 años, y no están diseñadas para ser atendidas en el sistema tradicional hospitalario de trabajo, menos aún del servicio de Urgencias - Emergencias, que se centra en descartar enfermedades que amenazan de forma apremiante la vida, deciden el destino del paciente y como consecuencia administran el tratamiento de las enfermedades urgentes diagnosticadas, las que a menudo no coinciden con sus problemas más importantes. Todo esto bajo la presión del tiempo y de la escasez de medios⁽¹⁾.

Hasta la actualidad existe poca estadística datos sobre la eficacia de las diferentes intervenciones para mejorar la atención urgente al adulto mayor frágil y no frágil y que se estandaricen sobre el concepto actual de prioridades de Emergencia⁽²⁾.

Martín F, et. al⁽³⁾. Señalan que la demanda en la atención urgente ha ido creciendo progresivamente en los últimos años y este incremento es más acusado en la población anciana. Teniendo en consideración que el paciente anciano requiere evaluaciones más complejas con una mayor realización de pruebas complementarias y consultas a otros especialistas, estancias más prolongadas en urgencias y mayor porcentaje de ingresos, el progresivo envejecimiento poblacional puede llegar a repercutir seriamente en la presión asistencial de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH). El paciente anciano de alto riesgo es vital detectarlo antes de asignarle una ubicación definitiva. Para ello, es importante instaurar un cribado entre los pacientes ancianos que acuden a urgencias con el fin de seleccionar a los que se van a beneficiar de una valoración geriátrica integral y así poder diseñar un plan específico de cuidados. La intervención urgente en el paciente geriátrico no debe afrontarse exclusivamente como un problema médico sino que debe tenerse en cuenta aspectos funcionales, mentales o sociales.

Pareja, T, et, al⁽⁴⁾. Refieren que las unidades de observación de urgencias para pacientes ancianos pueden ser adecuadas al nivel asistencial para valoración geriátrica y tratamiento de reagudizaciones de enfermedades crónicas, lo que puede contribuir al ahorro de estancias hospitalarias y a la optimización de la atención en otros niveles asistenciales geriátricos,

1. Hospital II Luis Heyesen Incháustegui.

2. Hospital Nacional Almazor Aguinaga Asenjo.

a. Médico Especialista en Geriátrica, Magister en Educación.

b. Médico Especialista en Geriátrica y Medicina Interna.

ambulatorios y domiciliarios.

Duaso, E⁽⁵⁾. Reporta que los pacientes ancianos frágiles utilizan cada vez más y de forma adecuada los servicios de urgencias hospitalarios (SUH), que no existen evidencias que demuestren la efectividad de un modelo concreto de valoración geriátrica aplicado en los servicios de urgencias. Sin embargo, la valoración del paciente frágil en los SUH se debería utilizar adecuándola al entorno y con unos objetivos claros que permitan realizar un diagnóstico multidimensional y establecer prioridades terapéuticas. La valoración del estado funcional aporta beneficios en la continuidad de cuidados por parte de la atención primaria, cuando los pacientes son dados de alta del SUH.

Por paciente geriátrico se entiende aquel sujeto de edad avanzada con pluripatología y polifarmacia y que además presente cierto grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria. Es frecuente que asocie problemas cognitivos o afectivos y la necesidad elevada de recursos socio sanitarios.

Por tanto, es evidente que la definición de paciente geriátrico engloba una serie de aspectos médicos, psicológicos, funcionales y sociales de los cuales dista el simple término de Adulto mayor⁽⁶⁾.

Unidad de Observación Geriátrica en emergencia

Actualmente existen diversos informes que denotan la efectividad de contar con una unidad de urgencias especializada en el paciente de adulto mayor ya que el mismo es usuario muy frecuente del servicio de observación de urgencias para tratamiento de enfermedades en situación clínica límite, tratamiento de problemas crónicos descompensados y, con menor frecuencia, para procedimientos diagnósticos.

En estas unidades son habituales los casos de descompensación de insuficiencia cardiaca, agudización de neumopatías crónicas, alteraciones del ritmo intestinal, episodios isquémicos cerebrales transitorios, infecciones de tracto urinario, traumatismos craneoencefálicos y el porcentaje de mayores de adultos mayores que precisan hospitalización tras este tratamiento es mayor, porque con frecuencia la respuesta al tratamiento agudo no es tan rápida ni la mejoría tan evidente y es necesario el ingreso hospitalario^(7,8).

En estos pacientes de mayor complejidad pueden ser necesarios 2 o 3 días para lograr la estabilización, tiempo más prolongado que las habituales 24 h de estancia que precisa la mayoría de los adultos para su mejoría. La presión asistencial del servicio de urgencias no permite mantener al paciente mayor de 60 años en la unidad habitual o tradicional de Observación de Emergencia por un tiempo más prolongado ya que la rotación de pacientes es constante y la ocupación muy

elevada^(9,10).

En la Red Asistencial Lambayeque se hace necesaria la creación de una Unidad de Observación Geriátrica en emergencia, que no se base en la hospitalización clásica, sino en los estándares de permanencia, prioridades de Emergencias, en los conceptos de fragilidad y las particularidades propias del proceso de enfermedad del adulto mayor que es la que a continuación presentamos.

Actualmente han aparecido diversos informes que denotan la efectividad de contar con una unidad de urgencias especializada en el paciente de edad avanzada ya que el mismo es un usuario muy frecuente del servicio de observación de urgencias para tratamiento de enfermedades en situación clínica límite, tratamiento de problemas crónicos descompensados y, con menor frecuencia, para procedimientos diagnósticos.

En relación con los pacientes adultos, el porcentaje de ancianos que precisa hospitalización tras este tratamiento es mayor, porque con frecuencia la respuesta al tratamiento agudo no es tan rápida ni la mejoría tan evidente y es necesario el ingreso hospitalario. En estos pacientes de mayor complejidad pueden ser necesarios 2 o 3 días para lograr la estabilización, tiempo más prolongado que las habituales 24 horas de estancia que precisa la mayoría de los adultos para su mejoría. La presión asistencial del servicio de urgencias no permite mantener al paciente anciano en esta unidad por un tiempo más prolongado ya que la rotación de pacientes es constante y la ocupación muy elevada⁽¹²⁾.

Por estas razones nace la necesidad de implementar una unidad de observación especializada en el cuidado de las patologías propias del anciano. Cuyos objetivos se definen en:

- Optimizar el manejo en urgencias
- Fomentar la recuperación funcional temprana
- Valorar la fragilidad de pacientes
- Valorar el estado nutricional de los pacientes
- Agilizar la toma de decisiones
- Optimizar los circuitos asistenciales actuales
- Aplicar protocolos de actuación y tratamiento
- Definir el ingreso hospitalario y la solicitud de pruebas

Con la unidad de Observación Geriátrica en Emergencia, se tendrán beneficios como; un menor número de ingresos hospitalarios en el lapso de 30 días, se reducirían el número de visitas al Servicio de Emergencia hospitalarias en 18 meses, habría Menor deterioro funcional y cognitivo en los pacientes, se haría el despistaje de alto riesgo de reingresos, se realizaría la Valoración Geriátrica Integral selectiva, multidisciplinaria. Conroy et al. Demostraron una

marcada disminución de los reingresos como efecto de la implementación de una unidad de observación geriátrica en emergencias⁽¹²⁾.

En la unidad de Observación Geriátrica en Emergencia, se tendrán las funciones de: Tomar decisiones acerca del ingreso de pacientes a la Sala de Geriátrica del hospital, coordinar el seguimiento geriátrico, tanto en el hospital como en la comunidad, evitar una hospitalización inadecuada para poder utilizar recursos en una atención alternativa y más apropiada a las personas mayores, facilitar el ingreso en camas geriátricas hospitalarias a aquellos pacientes que requieran una mejoría de su estado funcional o un breve período de rehabilitación (máximo 72 horas)⁽¹³⁾.

Dentro de los criterios de admisión de la unidad de Observación Geriátrica en Emergencia, se registrará:

- Enfermedad médica aguda sin criterios de gravedad, en pacientes en los que sea previsible el alta hospitalaria precoz (24 a 72 h):
- Agudización de enfermedad crónica cardiorrespiratoria (descompensación de insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica, disrritmias cardiacas, infección respiratoria, broncoespasmo, etc.)
- Alteraciones de la glucemia en pacientes diabéticos.
- Infecciones de tracto urinario sin criterios clínicos o analíticos de gravedad
- Trastornos del ritmo intestinal
- Diagnóstico y tratamiento de hemorragia digestiva sin grave repercusión hemodinámica.
- Episodios vasculares neurológicos en regresión.
- Tratamiento de síndrome anémico mediante transfusión.
- Observación de traumatismo craneoencefálico sin datos de hemorragia intracraneal
- Adulto mayor pluripatológico, con incapacidad física o mental que precise valoración geriátrica global, unificación de estudios diagnósticos y tratamiento, coordinación de seguimiento y creación de un plan de cuidados en domicilio.

Dentro de sus Funciones de la unidad se realizará la valoración del enfermo con enfermedad crónica grave o deterioro cognitivo o funcional importantes, que por sus características no se beneficie del ingreso en la unidad geriátrica de agudos, pero sí sea subsidiario de tratamiento domiciliario por geriatría o por médico de Control post hospitalario especializado (COPHOES) o del programa de atención domiciliaria (PADOMI), además se evaluarán a los adultos mayores que muy frecuentemente usan los servicios de Emergencias (recicladores).

Quedarán excluidos de esta unidad los enfermos en tratamiento paliativo o en los que sea previsible un

fallecimiento inminente⁽¹⁴⁾, y los enfermos mayores de 75 años no pluripatológico subsidiario de métodos diagnósticos o medidas terapéuticas invasivas específicas de una especialidad con el fin de derivación a esos servicios (broncoscopia, video endoscopia digestiva alta, hemodiálisis, etc.).

Consideraciones finales

El incremento de las necesidades de los adultos mayores se hace evidente, y en la unidad de urgencia geriátrica se tendrá que considerar:

- 1) El desacondicionamiento después de la lesión o enfermedad.
- 2) Disminución de la función cognitiva.
- 3) Pérdida de independencia funcional.
- 4) Dificultad de adaptación a los ambientes diferentes a impedimentos físicos cada vez mayores.
- 5) Apoyo en las comidas, baño del adulto mayor, necesidades médicas (curación de heridas, diálisis peritoneal, etc.).

El líder del equipo asistencial es el médico geriatra, quien tendrá a cargo el abordaje transdisciplinario de cada paciente, coordinando con el personal todas las actividades a realizar según los protocolos aceptados, además es el encargado de realizar la selección de los pacientes a tratar de entre todas las solicitudes planteadas.

La unidad de observación geriátrica en emergencia deberá tener una relación fluida con el equipo del Hospital de Día de Geriátrica que incluya fisioterapeuta, trabajador social, psicólogo, nutricionista, enfermero, para curación de heridas.

Para un buen flujo en la unidad, deberá poder transferir pacientes directamente a cuidados ambulatorios, Hospital de Día, a hospitalización de agudos, COPHOES, PADOMI.

La unidad de urgencia geriátrica debe estar ubicada dentro del Servicio de Emergencia del Hospital. La infraestructura física de la unidad de urgencia geriátrica, deberá incluir camas que puedan adaptarse a las limitaciones físicas de los adultos mayores, baños cercanos adaptados, relojes de pared con hora y fecha, que puedan ser leídos desde cualquier cama; de preferencia contiguo al hospital de día o con comunicación directa al mismo, para evaluar la función del paciente; y áreas de reunión con miembros de la familia.

Conflictos de interés: Los autores niegan conflictos de interés.

Financiamiento: Autofinanciado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sanders AB. Care of the elderly in the emergency departments: Conclusions and recommendations. *Ann Emerg Med.* 1992; 21:830-4.
2. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56: M146-156.
3. Martín F, Fernández A, Merino C. El paciente geriátrico en urgencias. *Anales Sis San Navarra [Internet]*. 2010 [citado 2018 Sep 13]; 33(Supl 1): 163-172. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200017&lng=es.
4. Pareja, T, et, al. Unidad de observación de urgencias para pacientes geriátricos: beneficios clínicos y asistenciales. Disponible en: DOI: 10.1016/j.regg.2009.01.007
5. Duaso, L. Valoración del paciente frágil en urgencias. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/45812204_Valoracion_del_paciente_fragil_en_urgencias [accessed Sep 12 2018].
6. Torres M, Capdevila J, Armario P, Montull S. Alternativas a la hospitalización convencional en medicina interna. *Med Clin (Barc)*. 2005; 124:626.
7. Hastings SN, Heflin MT. A systematic review of interventions to improve outcomes for elders discharged from the emergency department. *Acad Emerg Med* 2005; 12: 978-86
8. McCusker J, Verdon J. Do geriatric interventions reduce emergency department visits? A systematic review. *J Gerontol* 2006; 61^a (1): 53-62
9. Pareja T., et al. Unidad de observación de urgencias para pacientes geriátricos: beneficios clínicos y asistenciales. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009;44(4):175-179
10. Sinha SK, Bessman ES, Flomenbaun N, Leff B. A systematic review and qualitative analysis to inform the development of a new Emergency Department-based geriatric case management model. *Ann Emerg Med* 2011; 57: 672-82
11. Sánchez, M. El paciente geriátrico en urgencias. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2010; 33 (Supl. 1): 163-172
12. Conroy SP, Ansari K, Williams M, Laithwaite E et al. A controlled evaluation of comprehensive geriatric assessment in the emergency department: the 'Emergency Frailty Unit'. *Age Aging* 2014; 43: 109-14.
13. Yue youen, T. Geriatric consultation service in emergency department: how does it work? *Emerg Med J* 2013; 30:180-185. doi:10.1136/emered-2012-201139
14. Ducharme, J. Cómo prepararse para la avalancha geriátrica que se viene-un cambio de paradigma en la unidad de urgencia. [*Rev. Med. Clin. condes* - 2017; 28(2) 277-281]

Correspondencia

Ernesto Gabriel Adolfo Espinoza-Coronel

Correo: gabo_republic@hotmail.com

Revisión de pares

Recibido: 12/06/2018

Aceptado: 20/06/2018