

TRADUCCIÓN

CÓMO PREPARARSE PARA LA AVALANCHA GERIÁTRICA QUE SE VIENE-UN CAMBIO DE PARADIGMA EN LA UNIDAD DE URGENCIA

JAMES DUCHARME MD CM, FRCP (1)

(1) Clinical Professor of Medicine, McMaster University. Hamilton, Ontario, Canada.

Email: paindoc22000@yahoo.com

RESUMEN

Los Servicios de Urgencia han sido testigos de múltiples cambios de paradigma en un período muy corto. Es muy probable que el envejecimiento de la población produzca el cambio más grande hasta la fecha. A medida que el número de población sobre los 75 años aumenta, es muy probable que suceda lo siguiente: riesgo de colapso de las unidades de urgencia en el manejo de lesionados y enfermos agudos, debido a la poca disponibilidad de equipos geriátricos multidisciplinarios para manejar los complejos problemas no médicos de éstos. La congestión de pacientes podría escaparse de control provocando peores resultados en las unidades de urgencia. Será crucial anticiparse a la avalancha geriátrica que se viene y preparar un sistema de atención de salud tanto dentro como fuera del hospital. Si se construye una unidad de urgencia geriátrica en forma aislada se corre el riesgo de que los gobiernos designen la unidad de emergencia como el portal de entrada de todas las necesidades geriátricas, que sólo pueden comprometer un cuidado aún más agudo, un cuidado amenazado por presupuestos más restringidos, costos de salud cada vez más altos, y recursos comunitarios insuficientes.

Palabras clave: Congestión, funcionamiento hospitalario, servicio de urgencia, medicina de urgencia.

INTRODUCCIÓN: LA HISTORIA DE LA EMERGENCIA HA PAVIMENTADO EL CAMINO

Norteamérica ha sido testigo de notables cambios de paradigmas en la práctica clínica de la medicina de urgencia (EM, en inglés) en los últimos 40 años. Antes de la existencia de este tipo de especialidad, la sala de urgencia era esencialmente un centro de retención para especialistas o para médicos de familia que examinaban a sus pacientes antes de su admisión a la cama del hospital o previo al alta médica antes del regreso a casa. La atención médica *in situ* era cubierta por médicos que cumplían muchas funciones simultáneamente por necesidad económica, a menudo sin ninguna preparación en cuidado agudo. Con el advenimiento de la medicina de urgencia, se introdujo un nuevo paradigma, que se concentra en el cuidado agudo y en la resucitación practicada por médicos, con una formación específica en medicina de urgencia. A pesar de tener el primer paradigma de medicina de urgencia, habían otras prioridades no-médicas: las personas que viven en la calle, los ancianos marginados, las víctimas de acoso sexual, o las víctimas de la violencia de pareja.

A pesar de que los objetivos esenciales de formación en medicina de urgencia se enfocaron casi exclusivamente en enfer-

medades y daño agudo, la práctica clínica dedicada a esa área fue tan corta, que uno se pregunta si acaso fue sólo un espejismo. Los hospitales enfrentaban restricciones financieras cada vez mayores. En Canadá, un gran número de camas destinado al cuidado de agudos se inhabilitó, sin aumentar el aumento de infraestructura en cuidados médicos de largo plazo. El porcentaje (número reducido) de camas de agudos ocupadas por pacientes de cuidados de largo plazo a menudo excedían el 20% del total de la capacidad de camas, lo que agregaba una presión adicional a los servicios de urgencia (SU) tanto en la salida de pacientes que habrían sido previamente admitidos, como en los que se habrían atochado en los pasillos. Durante ese mismo período de tiempo en los Estados Unidos, el número total de hospitales fue disminuyendo cada año. Las compañías de seguro comenzaron a dictaminar cuánto debía durar la estadía y los criterios de reembolso para diversas condiciones médicas. Las causas eran diferentes, pero los resultados eran los mismos que en Canadá: salas de urgencia atochadas de pacientes, con demoras en la atención inicial y duración prolongada de la atención del equipo médico de urgencia. Este nuevo paradigma se convirtió en la nueva norma aceptada a pesar de los malos resultados en los pacientes y niveles de satisfacción. La necesidad de servicios paramédicos como el trabajo social y la fisioterapia en las salas de urgencia aumentaron. Una nueva estructura física se creó dentro de la sala de urgencia: una unidad de estadía corta de 24 horas que evitaba las admisiones y a su vez aumentaba el rango de práctica del médico de urgencia.

Al mismo tiempo, a medida de que las camas clínicas se convertían en un producto básico (*commodity*) en disminución, lo mismo sucedía con las camas para los pacientes con problemas de salud mental. Se cerraron muchos centros de salud de estadía de largo plazo, dando como resultado un número cada vez mayor de pacientes con enfermedades de salud mental crónica en la calle o bajo el cuidado de parientes incapaces de manejar el problema. Las visitas a las unidades de urgencia aumentaron, requiriendo otro cambio de paradigma: Las Unidades de Psiquiatría en el SU, con la presencia de enfermeras de psiquiatría y equipos de evaluación. Se requería una demanda creciente de trabajadores sociales debido a la falta de recursos comunitarios para este grupo de pacientes, aumentando aún más las demandas de recursos no médicos en los SU.

Las unidades de urgencia han sido impactadas también por las enfermedades infecciosas como el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS, en inglés), tuberculosis y H1N1, lo que han obligado a los hospitales a adelantar un concepto abierto para habitaciones individuales, aumentando los

costos de infraestructura y las necesidades del personal. La violencia y el terrorismo han tenido como resultado unidades de urgencia con detector de metales en las entradas, y con ventanillas a prueba de balas en "Admisión". Aunque los SU han disminuido en cantidad, se han convertido en salas más grandes por necesidad, con sub-áreas de atención bajo la dirección de la sala de urgencia: básicamente, mini hospitales.

¿Por qué han ocurrido estos cambios de paradigmas y por qué se han impuesto en la unidad de urgencia en lugar de encontrar nuevos sistemas de atención de salud que los avalen? En gran medida se debe a que nosotros mismos hemos sido nuestro peor enemigo. Desde los primeros días en que practicábamos nuestra especialidad, hemos dicho que la Unidad de Urgencia es la red de seguridad del sistema de atención de salud, en lugar de ser la red de seguridad para los enfermos o lesionados agudos. A diferencia de otras especialidades, no hemos intentado definir criterios de inclusión y exclusión para la atención de salud. Ninguna otra especialidad médica ha aceptado ser multifuncional como lo es la unidad de urgencia; en el caso de pacientes hospitalizados, se tuvo que crear la función de médico de hospital para abordar este enfoque. Cuando otras áreas están bajo presión, la solución más fácil es derivar esa atención a la unidad de urgencia. Piense en qué lugar van a dar los pacientes sin médico de cabecera, con complicaciones post-operatorias o con temas de adicción, por nombrar algunos. La respuesta universal es el servicio de urgencia. Un enfoque de ese tipo se justifica en un sistema de salud privado donde las finanzas del hospital dependen del mercado. Sin embargo, fuera de Estados Unidos, un enfoque de ese tipo sólo puede ir en detrimento del paciente gravemente enfermo o lesionado, como lo evidencia la investigación disponible (1). Por desgracia, la oportunidad para abogar específicamente por el área de experticia en medicina de urgencia parece haberse perdido en Norteamérica, pero no en Sudamérica.

EL NUEVO CAMBIO DE PARADIGMA: LA POBLACIÓN QUE ENVEJECE

Para el año 2050, más del 30% de la población norteamericana se considerará de la tercera edad; en Sudamérica esa proporción será del 25% (2). Se dice que hay más personas vivas sobre 65 años que las que han muerto anteriormente. Cada vez más tendremos que abordar las necesidades específicas de este grupo etario que va en aumento. A diferencia de otros grupos etarios, los múltiples problemas no médicos son inherentes y están entrelazados con los problemas médicos. Nuestra inca-

pacidad para cuidar a nuestros adultos mayores se transformará cada vez más en una carga más pesada para nuestra sociedad ya que surgen complejidades médicas y sociales. Pueden surgir soluciones no relacionadas con la hospitalización. Estudios demuestran que algunos Servicios de Urgencia han evaluado situaciones al interior de los hogares cuando han atendido pacientes y han iniciado acciones de apoyo a la comunidad en vez de transportar a los pacientes a las unidades de urgencia (3). Un centro médico de libre acceso con un equipo multidisciplinario podría manejar problemas médicos actuales y futuros, evitar otros y simultáneamente organizar soluciones en el hogar y en la comunidad para los adultos mayores. Los pacientes asignados a las unidades de urgencia podrían ser enviados de vuelta a este tipo de centro médico para continuar con la atención y obtener el apoyo necesario en vez de ser admitidos en camas de cuidados intensivos. Esto requeriría una modernización de los modelos existentes de cuidado de la salud, ya que ningún sistema ha incluido todas las disciplinas paramédicas y sociales que se requieren para los adultos mayores en su infraestructura de cuidado universal. La educación de los pacientes y sus familias sobre cómo prepararse para las necesidades de los mayores, necesita integrarse a un nuevo modelo de cuidado de la salud que priorice la *anticipación y la prevención*. En Sudamérica, dicho debate y preparación pueden adelantarse a la avalancha geriátrica que se viene; en Norteamérica ya es demasiado tarde. El compromiso ha sido nuevamente adaptar la unidad de urgencia a este nuevo paradigma.

Mientras la deuda gubernamental sube, el PIB se estanca o baja, al tener una población que envejece. Lo anterior, combinado con una lista de medicamentos cada vez más cara, hará que los gobiernos enfrenten un muro financiero. El cuidado de la salud en la vejez deberá convertirse en un objetivo financiero responsable, con el enfoque más rentable posible -prevención más que cuidado reactivo- transformándose en el modelo base. Mantenerse saludable durante el mayor tiempo posible en vez de gastar dinero en enfermedades cuando éstas ocurren, debería ser la norma. Debemos dejar de gastar grandes cantidades de dinero en los últimos 6-12 meses de vida de una persona, como ocurre actualmente. Centros de salud que apoyen a los adultos mayores en sus últimos años de vida debieran compensar la incapacidad de la población más joven en disminución por hacerse cargo de la población cada vez grande de adultos mayores. Sería aconsejable instalar el debate en la sociedad sobre lo que *debería* hacerse y lo que puede hacerse. Sea donde sea nos lleve ese debate, las consecuencias de una población que envejece serán que adultos mayores enfermos igual tendrán que atenderse en

algún lugar. Actualmente en Estados Unidos, los mayores de 75 son el grupo etario con el mayor número de visitas a las unidades de urgencia (4). En Norteamérica, ese punto de entrada a "algún lugar" se ha convertido por defecto en la unidad de urgencia. En los países que carecen de servicios de atención primaria, se corre el riesgo de que el impacto de las unidades de urgencia sea aún más dramático.

Independientemente del sistema de salud, la unidad de urgencia recibirá cada vez más adultos mayores enfermos y lesionados. Así como la unidad de urgencia se ha adaptado a los paradigmas mencionados arriba, también debe adaptarse a este paradigma de una población que envejece. Tal como están las cosas, es muy probable que la gran mayoría de médicos urgenciólogos, no estén bien preparados para manejarse con las complejidades de la medicina geriátrica, los cuales han tenido objetivos de formación inadecuados durante la residencia (5). El cuidado médico no puede separarse fácilmente de las necesidades físicas y sociales de los adultos mayores, de modo que la unidad de urgencia tendrá que construir una infraestructura que pueda abordar todas las facetas del cuidado oportunamente. Si el sistema de salud no desarrolla en forma simultánea un sistema de apoyo externo al centro médico, la unidad de urgencia corre el riesgo de verse colapsada y saturada, llegando a niveles disfuncionales, debido exclusivamente a demandas *no-médicas* de los adultos mayores.

Especial cuidado debe ponerse en crear una unidad de urgencia amigable que incluya lo siguiente:

- 1) Lograr compras de todos los accionistas involucrados.
- 2) Manejar las necesidades del paciente geriátrico de urgencia sin caer en la derivación excesiva o en estadías prolongadas en la unidad de urgencia.
- 3) Permitir el normal flujo y funcionamiento de otros grupos etarios -reservando espacio para un grupo etario determinado sin limitar severamente el espacio para otro grupo de pacientes con mayor necesidad en dicha unidad.
- 4) Unirse con el centro médico y sistema que estarán adaptados para pacientes geriátricos con una unidad de cuidados intensivos, y realizar procesos para una rápida transición de regreso a la comunidad con el objeto de ingresar en servicios de cuidado temporal, otros tipos de cuidado y en centros de cuidados a largo plazo.

Para casi todos los países, excepto Estados Unidos, el concepto de una unidad de urgencia geriátrica (GED, en inglés) no es una estrategia de marketing destinada a incrementar los ingresos de dicha unidad y del centro de Salud correspondiente. Más bien es un programa con necesidades específicas

que disminuirá aún más el acotado presupuesto hospitalario. Las restricciones financieras serán para todos igual; muchos administradores de atención de salud se darán cuenta que colocar todos los huevos “geriátricos” en una misma canasta (el SU) en el caso de investigación médica, iniciación de la transición en apoyo social o en una infraestructura de atención de salud de largo plazo y la localización de un equipo multidisciplinario, creará una solución económica y simple. En ese escenario, los proveedores de atención primaria, tendrán menos acceso a dichos servicios, arriesgando la falta de sus esfuerzos para el SU a menos que el nuevo sistema cuente con rápido acceso desde la comunidad.

Varias organizaciones médicas en los Estados Unidos han colaborado para producir una guía que oriente la unidad de urgencia geriátrica (6). Aparte de recomendaciones de infraestructura, también dan guías para chequeos médicos, administración de medicamentos, evaluación de caídas, delirio, demencia y cuidados paliativos. La clave para el éxito es la protocolarización de los cuidados médicos mediante un efectivo traspaso del conocimiento, al igual que una definición clara de roles de la unidad de urgencia geriátrica o SU geriátrico desde la comunidad y la duración de la estadía en dicha unidad. En línea con la noción económica, el chequeo médico para diagnosticar futuros resultados adversos, se transforma en un aspecto crucial de la función de la unidad de urgencia geriátrica; lamentablemente las estrategias existentes no son suficientes (7).

El incremento de las necesidades de los adultos mayores se hace evidente, y la unidad de urgencia geriátrica 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.).

La unidad de urgencia geriátrica deberá tener disponible, un equipo paramédico muy completo que incluya: fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, trabajador social, enfermero(a) geriátrico(a), enfermero(a) para curación de heridas y enfermeros(as) cuidadores(as) en casa. Tanto las enfermeras(os) como los farmacéuticos dentro de la unidad deberán tener experiencia específica en geriatría. Para un buen flujo en la unidad, deberá poder transferir pacientes directamente a cuidados ambulatorios o a camas de rehabi-

litación fuera del centro médico. También deberá ser capaz de asegurar cuidado en casa dentro de las 12-24 horas del alta médica. Además, deberá proveer un riguroso cuidado médico como los 4 medicamentos diarios y la rehabilitación del cuidado de heridas, el apoyo en la alimentación, la evaluación de riesgo de caídas, etc., también deberá estar disponible oportunamente. La unidad de urgencia geriátrica no puede ser construida en forma aislada, sino dentro del Servicio de Urgencia establecido para este paradigma. Esto aún no sucede sistemáticamente en Canadá, poniéndose demasiada carga de trabajo en el equipo de la unidad de urgencia. Si los adultos mayores están presentes las 24 horas al día en la unidad de urgencia, el equipo multidisciplinario tendría que estar disponible 7 días a la semana, 16 horas al día como mínimo, o el sistema corre riesgo de verse sobrepasado con pacientes que esperan para que los chequeen diferentes miembros del equipo.

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; grandes relojes de pared con hora y fecha, que puedan ser leídos desde cualquier cama; un área dedicada a la fisioterapia (no un pasillo) para evaluar la función del paciente; y áreas de reunión con miembros de la familia. Aunque estas instalaciones van a beneficiar especialmente a los adultos mayores, también serán muy valiosas para pacientes y familias de casi cualquier grupo etario.

USO ADECUADO DE UNA UNIDAD DE URGENCIA GERIÁTRICA: LA GENTE CORRECTA

Tal como se describió arriba, una unidad de urgencia geriátrica no puede estar construida aisladamente sino dentro de un sistema. El bloqueo de salida desde la unidad de urgencia geriátrica debe minimizarse dando prioridad a los pacientes de transferencia a centros de salud alternativos cuando sus necesidades sociales son su problema principal. En forma similar, el sistema de salud necesita configurar mejor la atención del paciente fuera del hospital para minimizar derivaciones a la unidad de urgencia.

Los registros médicos hospitalarios o ficha clínica necesitarán ser compartidos a través del sistema. Las bases de datos de medicamentos ya están siendo una ayuda para el equipo de salud que traten con pacientes que no saben o no pueden decirnos qué medicamentos están tomando. Los errores de medicación ocurren frecuentemente al momento del traslado de un servicio a otro, ya sea de la unidad de urgencia a la sala, o desde un centro de cuidado a largo plazo a la unidad

de urgencia (8). El mejoramiento en la atención médica debe darse en centros de atención de largo plazo: la medicación adecuada necesita identificar las interacciones entre fármacos, y la detección de efectos adversos podrían evitar muchas hospitalizaciones. Tener un profesional de la salud y exámenes en el punto de atención *Point of care* podría disminuir aún más los errores. La sociedad necesita ser mucho más tajante acerca de los cuidados de apoyo al final de la vida, eliminando la inútil atención de "mantengamos el paciente vivo a cualquier costo".

Las clínicas multidisciplinarias de la comunidad podrían convertirse en el punto de entrada de la atención primaria y las familias que buscan cuidados de apoyo y evaluación de los adultos mayores, más que la unidad de urgencia. Actualmente, dichos pacientes son enviados en ambulancia a los SU, pero llegará a un punto en que las familias no pueden seguir manejando la situación. Al tener un acceso de 7 días a la semana a las clínicas de la comunidad, se fomentaría una intervención y planificación más tempranas; el transporte hacia y desde los centros médicos sería mucho más barato que ambulancias con paramédicos. La disponibilidad de dichos centros médicos minimizaría la frecuencia con que una familia deja a su padre o madre en la unidad de urgencia por desesperación y cansancio, puesto que los

servicios de transporte tendrían acceso a dichos centros médicos como primer destino.

Finalmente, la unidad de urgencia geriátrica debe definir en forma clara cuáles no son funciones. No puede convertirse en una unidad para personas que buscan ingresar al centro médico para evitar las admisiones, las cuales a menudo terminan en estadías de meses por razones sociales (no médicas). La unidad de urgencia geriátrica no puede hacerse conocida como el único punto de entrada para la atención multidisciplinaria de los adultos mayores. No puede ser construida en forma aislada, ya que las necesidades de los adultos mayores exceden por mucho las capacidades de lo que una unidad de urgencia geriátrica puede proporcionar, es decir, un sistema que debe ser planificado y construido de modo que esta unidad de urgencia geriátrica maneje las urgencias médicas agudas y las sociales. A medida que nuestra sociedad envejece, la sociedad debe ser creativa para adaptarse a este cambio. Esperar que la unidad de urgencia sea la solución de todas las necesidades de los adultos mayores -talla única para todos- puede convenirle a los planificadores, pero, en último término resultaría siendo una atención general de mala calidad, no sólo para los adultos mayores sino para todos los pacientes de la unidad de urgencia.

El autor declara no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carter EJ, Pouch SM, Larson EL. The relationship between emergency department crowding and patient outcomes: a systematic review. *J Nurs Scholarsh*. 2014 Mar;46(2):106-15.
2. Trends in aging--United States and worldwide. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2003 Feb 14;52(6):101-4, 106. Centers for Disease Control and Prevention (CDC).
3. Snider T, Melady D, Costa AP. A national survey of Canadian emergency medicine residents' comfort with geriatric emergency medicine. *CJEM*. 2016 Apr 18:1-9. [Epub ahead of print] DOI:10.1017/cem.2016.27
4. Goldstein J, McVey J, Ackroyd-Stolarz S. The Role of Emergency Medical Services in Geriatrics: Bridging the Gap between Primary and Acute Care. *CJEM*. 2016 Jan;18(1):54-61.
5. Rosenberg M, Rosenberg L. The Geriatric Emergency Department. *Emerg Med Clin North Am*. 2016 Aug;34(3):629-48.
6. Carpenter CR, Bromley M, Caterino JM, Chun A, Gerson LW, Greenspan J, et al. Optimal older adult emergency care: introducing multidisciplinary geriatric emergency department guidelines from the American College of Emergency Physicians, American Geriatrics Society, Emergency Nurses Association, and Society for Academic Emergency Medicine. *Acad Emerg Med*. 2014 Jul;21(7):806-9.
7. Carpenter CR, Shelton E, Fowler S, Suffoletto B, Platts-Mills TF, Rothman RE, Hogan TM. Risk factors and screening instruments to predict adverse outcomes for undifferentiated older emergency department patients: a systematic review and meta-analysis. *Acad Emerg Med*. 2015 Jan;22(1):1-21.
8. Callinan SM, Brandt NJ. Tackling Communication Barriers Between Long-Term Care Facility and Emergency Department Transfers to Improve Medication Safety in Older Adults. *J Gerontol Nurs*. 2015 Jul;41(7):8-13.