



<sup>1</sup>Javier Fernández Eito

<sup>2</sup>Miren Idoia Pardavila Belio

<sup>3</sup>Cristina G. Vivar

<sup>1</sup>Enfermero del Servicio de Ambulancias de la Asociación DYA-Navarra. Diplomado en Enfermería. Universidad de Navarra.

<sup>2</sup>Máster en Ciencias de la Enfermería. Universidad de Navarra. Profesora Auxiliar. Facultad de Enfermería. Universidad de Navarra.

<sup>3</sup>Doctora en Enfermería. Universidad de Edimburgo. Profesor contratado doctor. Subdirectora. Departamento de Enfermería Comunitaria y Materno Infantil. Facultad de Enfermería. Universidad de Navarra.

**Correspondencia:**

Javier Fernández Eito

Avda. Pamplona, 16 - 5.º C

31010 Barañain (Navarra)

E-mail: javinurse@hotmail.es

**RESUMEN**

El progresivo envejecimiento de la población española conlleva un aumento de la atención sanitaria, por los servicios de urgencias extrahospitalarias (SUE), a este grupo de edad. El objetivo de este trabajo es evidenciar la importancia de realizar una valoración global del anciano en el contexto domiciliario y comunitario, que contemple tanto los aspectos físicos como los psicosociales y ambientales de la persona en situación de urgencia. Para ello, se desarrolla un caso clínico, que se apoya en la evidencia científica, para determinar la actuación más adecuada que mejore las intervenciones de los servicios de urgencias extrahospitalarias. El análisis del caso se estructura en tres apartados: la valoración de enfermería, el registro de los datos y la transmisión de la información a otros equipos de salud. Como conclusión, se identifica la necesidad de valorar y registrar datos sobre el estado físico y fisiológico del anciano al mismo tiempo que se recoge información sobre su contexto familiar, comunitario o ambiental, para proporcionar unos cuidados integrales y de calidad. Asimismo, se recomienda el desarrollo de herramientas de valoración geriátrica específicas para utilizar en situaciones de urgencias extrahospitalarias.

**PALABRAS CLAVE**

Anciano, valoración, escala, psicosocial, comunidad, desórdenes mentales, extrahospitalaria, ambulancia, servicios de emergencias.

**INTRODUCCIÓN**

El Instituto Nacional de Estadística apunta que en los próximos 40 años España se enfrenta a un progresivo envejecimiento de su estructura demográfica (1). A esto se añade que, en la actualidad, la población de este país se encuentra envejecida (2-4).

Un aspecto a tener en cuenta es que, en la vejez, se produce un aumento del número de pluripatologías crónicas y que estas suelen tener frecuentes descompensaciones agudas (2-7) como consecuencia de la fragilidad y la vulnerabilidad de las personas ancianas (2, 3, 8-10). Esta situación de vulnerabilidad favorece el aislamiento, la soledad, el abandono o un apoyo sociofamiliar insuficiente de algunos ancianos, lo que puede conllevar a que el anciano tenga únicamente

Valoración geriátrica global del anciano por los servicios de urgencias extrahospitalarias. Caso clínico

*Comprehensive geriatric assessment of elderly for outpatient emergency services. Case report*

**SUMMARY**

*The progressive aging of the Spanish population leads to increased health care for Outpatient Emergency Services (EUS), in this age group. The aim of this paper is to highlight the importance of an overall assessment of the elderly in the household and community context, which involves both the physical and psychosocial in the emergency environmental. To do this, we develop a clinical case, which is based on scientific evidence, to determine the most appropriate action to improve interventions in emergency services. The case analysis is divided into three sections: nursing assessment, data recording and transmission of information to other health teams. In conclusion, it identifies the need to assess and record data on physical and physiological status of the elderly, at the same time it collects information about family background, community or environmental, to provide a comprehensive and quality care. It also recommends the development of specific geriatric assessment tools for use in emergency situations.*

**KEY WORDS**

*Elderly, assessment, scale, psychosocial, community, mental disorders, outpatients, ambulance, emergency services.*

contacto con el sistema sanitario de forma esporádica o de urgencia (2, 3, 7, 11-15). En estas situaciones los servicios de urgencias extrahospitalarias (SUE), en ocasiones, se convierten en fuente de información sobre aspectos tales como el entorno físico, familiar y sociocomunitario del paciente (2, 3, 14-16), favoreciendo la detección de situaciones potenciales o reales de soledad, aislamiento e insalubridad. Cabe señalar que las valoraciones que realizan los SUE en sus intervenciones pueden reducir el riesgo de sufrir futuras situaciones de urgencia (14, 15), y con ello pueden tener un impacto positivo en la reducción de los costes sanitarios.

La Sociedad Americana de Geriátrica (*American Geriatrics Society, AGS*) (11) señala que para que se efectúe una valoración geriátrica



**Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión de los artículos seleccionados**

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Artículos sobre la valoración integral de las personas ancianas.</li> <li>- Artículos que tratan sobre escalas o herramientas de valoración psicosocial de las personas ancianas.</li> <li>- Artículos sobre la actuación de los servicios de urgencias extrahospitalarias con personas ancianas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Todos aquellos artículos que tratasen de patologías o desórdenes mentales concretos por no ser esta la finalidad del estudio.</li> <li>- Todos los artículos que tratasen sobre la valoración funcional o de actividades básicas de la vida diaria, de las personas ancianas, ya que dicha área queda fuera de ser valorada por los servicios de urgencias extrahospitalarias.</li> <li>- Artículos sobre la valoración geriátrica de personas ancianas institucionalizadas</li> <li>- Artículos escritos en idiomas diferentes al inglés o español.</li> </ul>

global (VGG) debe seguirse un proceso estructurado y multidisciplinario, mediante el cual se detecten, describan y aclaren los múltiples problemas físicos, funcionales, psicológicos y socioambientales que presenta el anciano. En este sentido, la enfermera desempeña un papel importante, colaborando en la detección de la soledad y el aislamiento social en los ancianos en riesgo (14).

El objetivo de este trabajo es presentar y analizar un caso clínico sobre la valoración global del anciano, para determinar la actuación más adecuada que mejore las intervenciones en el contexto de los servicios de urgencias extrahospitalarias. Se ha considerado oportuno la presentación de un caso clínico en enfermería, por ser una metodología que contribuye al conocimiento del proceso enfermero en una situación determinada así como permite mostrar los resultados tras la aplicación de un plan individualizado de cuidados que mejore la atención de salud (17).

Para complementar el análisis del caso, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en la base de datos PubMed, introduciendo, y combinando mediante los boléanos *and* y *or*, los siguientes términos: anciano, valoración, escala, psicosocial, comunidad, desórdenes mentales, extrahospitalaria, ambulancia y servicios de emergencias. Para asegurar que la evidencia utilizada fuera actual, se limitó la búsqueda a los años entre 2001 y 2011. Asimismo, se estableció como límite que los textos estuviesen escritos en inglés o español y se establecieron unos criterios de selección de artículos (Tabla 1). Además, se revisaron las listas de referencias bibliográficas de los artículos seleccionados con el fin de localizar estudios de interés no identificados previamente. Para obtener un conocimiento más amplio sobre el trabajo en el ámbito del cuidado al anciano, también se revisaron las páginas *webs* de dos sociedades gerontológicas reconocidas nacional e internacionalmente: la *Sociedad Española de Geriatria y Gerontología* (SEGG) y la *Sociedad Americana de Geriatria (American Geriatrics Society)*.

De la estrategia de búsqueda se obtuvieron 523 artículos, de los cuales, tras aplicar los criterios de selección, se identificaron finalmente 18 artículos que abordaban de forma específica, la necesidades psicosociales del anciano (Tabla 2).

**PRESENTACIÓN DEL CASO**

Tras recibir un aviso telefónico en el centro coordinador de emergencias, se atiende a Pedro (nombre ficticio), paciente de 79 años que se encuentra consciente y tirado en el suelo de su domicilio. Tras la valoración realizada por el equipo del servicio de urgencias

extrahospitalario, se decide trasladar a Pedro al hospital de referencia de la ciudad donde reside. En dicho centro se informa verbalmente a las enfermeras responsables del paciente, de la valoración realizada al paciente.

**Valoración de enfermería**

Pedro muestra constantes en rangos de normalidad, sin lesiones significativas, con un Glasgow de 13 por respuestas verbales inadecuadas y desorientación temporoespacial. Apunta tener debilidad en extremidades inferiores, indicando ser este el principal motivo de su caída. Durante la valoración, refiere padecer dolor abdominal, náuseas, vómitos y episodios diarreicos desde hace unos días. Se aprecia un estado de deshidratación y aparentemente no se evidencian fracturas óseas. El paciente comenta que no sufre ninguna patología crónica y que no toma medicación de forma habitual.

Dadas las características del suceso y con el fin de estimar el riesgo de una futura situación similar, se estimó necesario realizar una valoración más detallada acerca de su situación psicosocial. Durante esta valoración, Pedro muestra sentimientos de preocupación, rabia e indignación por lo sucedido, y apunta que se siente abandonado por sus vecinos al no haber recibido ayuda durante dos días, pese a haber estado pidiendo auxilio efusivamente. Al preguntarle a un vecino, este señala que no conoce a Pedro y que no ha oído ningún grito.

Se realiza un genograma para registrar la estructura familiar del paciente (Fig. 1). Pedro, de 79 años, tiene esposa (81 años) y dos hijos, uno varón y otra mujer, ambos residentes en diferentes localidades. Por tanto, Pedro y su esposa viven solos y lejos de sus hijos. En el momento de la intervención del SUE, su esposa permanece ingresada en el hospital por un cuadro gastrointestinal agudo, por lo que Pedro lleva tres días solo.

En la valoración de la vivienda, se observan indicios de insalubridad tales como suciedad, desorden, dudosas medidas higiénicas, mala conservación de los alimentos y prensa antigua esparcida por el domicilio.

**Diagnósticos de enfermería**

En la Tabla 3 se señalan los principales diagnósticos de enfermería basados en la taxonomía Nanda (18, 19), extraídos a partir de la valoración psicosocial de este paciente.

**ANÁLISIS DEL CASO**

En este apartado se presenta el análisis del caso, utilizando la evidencia científica seleccionada sobre la valoración psicosocial del paciente anciano (Tabla 2). Para la mejor comprensión del caso, se ha estructurado el apartado en tres subapartados: valoración del paciente, registro de la información y traspaso de la información.

**Valoración del paciente**

La valoración geriátrica global (VGG) (11) del anciano es un proceso complejo, que debe ser estructurado y debe ser abordado desde un enfoque integral que valore la dimensión física, funcional, psicológica y socioambiental del paciente (15). Para poder realizar esta valoración, el equipo de los SUE suele encontrarse con ciertas limitaciones como son: la escasez de medios, la falta de tiempo, procesos agudos de salud, situaciones de agitación o confusión del paciente. Esto hace que los contextos donde los profesionales de las urgencias extrahospitalarias desempeñan su labor sean poco propicios para realizar pruebas complejas, que requieran de un alto grado de colaboración o implicación del paciente o de tiempo

**Tabla 2. Resumen de los artículos seleccionados**

<b>Autores</b>	<b>Año</b>	<b>Revista-Libro</b>	<b>Título</b>	<b>Principales resultados</b>
Barenblit & Molina	2010	<i>Intercambios de Psicoanálisis</i>	Salud comunitaria: aspectos promocionales en la salud del adulto mayor.	En la actualidad existe un fenómeno único en la historia del ser humano, que es el envejecimiento poblacional. El envejecimiento de la población, implica un incremento de la demanda de bienes y servicios, que se traduce en una mayor saturación de los sistemas sociales y sanitarios. En el proceso de envejecimiento influyen condiciones como el individuo, la familia y la sociedad. Es esperable que la sociedad pueda facilitar y apoyar a los ancianos, ya que el aislamiento empeora sus situaciones de fragilidad. Es importante abordar aspectos familiares, psicosociales y educativo en el cuidado a las personas ancianas. Las estrategias de intervención con el anciano solo pueden ser integrales e interdisciplinarias. Los ancianos pueden ser más vulnerables a problemas sociosanitarios por escasa o nula aproximación a la asistencia sanitaria.
Bilotta y cols.	2010	<i>Aging &amp; Mental Health</i>	Social vulnerability, mental health and correlates of frailty in older outpatients living alone in the community in Italy.	Las personas mayores que viven solas presentan una menor disponibilidad a la asistencia personal, y mayor riesgo de vulnerabilidad social y de depresión. En los ancianos frágiles aumenta la prevalencia de la demencia infradiagnosticada.
Bilotta y cols.	2010	<i>Health and Quality of Life Outcomes</i>	Dimensions and correlates of quality of life according to frailty status: a cross-sectional study on community-dwelling older adults referred to an outpatient geriatric service in Italy.	La tendencia de calidad de vida negativa relacionada con el estado de fragilidad se encuentra en casi todas las dimensiones: salud, independencia, el hogar, el vecindario, la psicológica, el bienestar emocional, las actividades de ocio, y la religión. Las intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de vida de los ancianos frágiles, no solo deben considerar los resultados de la calidad de vida relacionada con la salud, sino también deben tener en cuenta otros aspectos de calidad de vida.
Callahan y cols.	2002	<i>Medical Care</i>	Six-Item Screener to Identify Cognitive Impairment Among Potential Subjects for Clinical Research.	La escala de seis puntos es un instrumento breve y fiable para la identificación de sujetos con deterioro cognitivo. Las propiedades de diagnóstico del SIS son comparables a las del Mini Mental.
Caplan y cols.	2004	<i>Journal of the American Geriatrics Society</i>	A randomized, controlled trial of comprehensive geriatric assessment and multidisciplinary intervention after discharge of elderly from the emergency department - The DEED II Study.	En la valoración geriátrica integral, la intervención multidisciplinaria puede mejorar la salud de las personas mayores en situación de riesgo o deterioro de la salud. Los pacientes mayores de 75 años después de una actuación de los servicios de emergencias, deben de ser referidos a otros servicios más especializados, para continuar con la valoración geriátrica integral.
Chen y cols.	2010	<i>Neuroscience Bulletin</i>	A preliminary study of the Six-Item Screener in detecting cognitive impairment.	SIS es un instrumento eficaz y fiable para la detección de demencia en pacientes ancianos. Es recomendable la detección en los servicios de urgencias de los ancianos con deterioro cognitivo, para asegurar una atención de calidad.
Corrales y cols.	2000	<i>Psicothema</i>	Estado funcional y calidad de vida en mayores de setenta años.	Para el abordaje de la persona anciana se deben valorar: su repercusión funcional, el estudio de las funciones mentales, el conocimiento de la situación social y del entorno habitual. La valoración integral del paciente anciano permite identificar el llamado anciano de riesgo. La detección precoz del anciano de riesgo podría retardar o evitar el deterioro, así como la institucionalización y las situaciones de intolerancia familiar. La escala Gijón de valoración sociofamiliar. Hay una falta de reconocimiento por parte de los médicos de urgencias, del deterioro del estado mental en las personas ancianas.
Díaz Palacios y cols.	1994	<i>Revista Española de Geriatría y Gerontología</i>	Resultados de la aplicación de una escala de valoración sociofamiliar en Atención Primaria.	Escala de valoración sociofamiliar Gijón, versión original, validada para su aplicación en la Atención Primaria de salud. Aumenta la frecuencia de personas ancianas en las consultas de Atención Primaria, siendo estos los mayores consumidores de fármacos y de recursos sanitarios.
Federic y cols.	2003	<i>American College of Emergency Physicians</i>	The Effect of Mental Status Screening on the Care of Elderly Emergency Department Patients.	Las herramientas de detección de alteración del estado mental de los servicios de urgencias, pueden reconocer a estos pacientes, para realizar intervenciones como la evaluación de seguridad en el hogar. Con las que se podría reducir riesgos y posiblemente prevenir lesiones mayores.
García y cols.	1999	<i>Atención Primaria</i>	Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano.	En el ámbito de la atención al paciente anciano, mientras que la valoración de la capacidad funcional y mental se han desarrollado ampliamente, la consideración de necesitar de una valoración social es bastante reciente. Para realizar una valoración social es necesario incluir dimensiones como: el ajuste ambiental, la adaptación personal y las interacciones sociales. La escala de valoración Gijón permite la detección de situaciones de riesgo o problemática social con un grado de fiabilidad alto y de validez aceptable. La escala de valoración Gijón, como un instrumento específico de medición de la situación social, es útil para su incorporación en la práctica asistencial de los profesionales que trabajan en la atención social o sanitaria de las personas ancianas.



**Tabla 2. Resumen de los artículos seleccionados (cont.)**

<b>Autores</b>	<b>Año</b>	<b>Revista-Libro</b>	<b>Título</b>	<b>Principales resultados</b>
Harvan & Cotter	2006	<i>Journal of the American Academy of Nurse Practitioners</i>	An evaluation of dementia screening in the primary care setting.	Las faltas subjetivas de memoria pueden contribuir como información de diagnóstico; sin embargo, el rendimiento de la memoria objetiva es un fuerte predictor de futura demencia. Todas las medidas están sujetas a la influencia de la edad, la educación y otros factores físicos.
Kharicha y cols.	2007	<i>British Journal of General Practice</i>	Health risk appraisal in older people 1: are older people living alone an "at-risk" group?	Son necesarias intervenciones sanitarias de prevención dirigidas a los llamados grupos "en riesgo", como son los ancianos viven solos. Los ancianos que viven solos son más propensos a reportar una salud regular o mala, presentar caídas y de tener un importante riesgo de aislamiento social. La consideración de los pacientes como un todo que tenga en cuenta las circunstancias no solo físicas, sino también ambientales y sociales, es una característica propia de la Atención Primaria. Los proveedores de la asistencia tienen la responsabilidad de valorar la dimensión social, ya que se considera que esta se correlaciona con la física y la mental, además nos permite identificar a personas de riesgo, con el objeto de adoptar medidas preventivas.
Naughton y cols.	2010	<i>Emergency Medicine Journal</i>	The role of health and non-health-related factors in repeat emergency department visits in an elderly urban population.	Los equipos de urgencias deben actuar como una importante red de seguridad para las personas mayores, que eviten futuras situaciones de riesgo. Es esencial que los equipos de urgencias con las personas ancianas realicen una adecuada evaluación y remisión entre servicios que garantice su seguridad. Las escalas de valoración social y de soledad son un elemento útil en la detección de ancianos con riesgo. Uno de los indicadores que considera la OMS en la fragilidad de los ancianos es el de si el anciano vive solo.
Puig Llobet y cols.	2009	<i>Gerokomos</i>	Valoración de enfermería: detección de la soledad y del aislamiento social en los ancianos de riesgo.	El abordaje de la soledad y del aislamiento social en las personas mayores debe realizarse desde un enfoque multidisciplinar. El aumento de personas mayores y los cambios de roles familiares hacen necesario determinar el riesgo de soledad en los ancianos que viven solos o con poco apoyo familiar o social. El personal de enfermería tiene un amplio abanico de instrumentos que pueden ayudarle en la valoración de la soledad y del aislamiento social en el anciano. Los instrumentos de valoración de la soledad y el aislamiento social, deben complementarse con una buena observación y seguimiento global del anciano.
Rico y cols.	2009	<i>Metas de Enfermería</i>	Prevalencia de problemas de cuidados en población vulnerable.	En mayores de 70 años, hay una alta prevalencia de síndromes geriátricos, y procesos crónicos, hábitos alimentarios e higiénicos muy mejorables e importantes factores de riesgo para accidentes y caídas. Por encima de los 75 años existe una mayor fragilidad de las personas, con una proporción muy importante de dependencia.
Segura y cols.	2003	<i>Revista Española Salud Pública</i>	Características y análisis de la supervivencia de las personas ancianas atendidas en el Programa de Atención Domiciliaria del Área Básica de Salud Raval Nord, Barcelona, 1993-2002.	El aumento de la esperanza de vida experimentado en los últimos años ha conducido a un progresivo envejecimiento de la población. Gran parte de la población presenta enfermedades crónicas o invalidantes con frecuentes descompensaciones. Los pacientes de 65 años o más representan una proporción cada vez mayor de asistencias repetidas en los servicios de urgencias.
Wilber y cols.	2008	<i>Society for Academic Emergency Medicine</i>	The Six-item Screener to Detect Cognitive Impairment in Older Emergency Department Patients.	Para evitar errores, los médicos de emergencia deberán usar pruebas breves, y sensibles para evaluar el estado mental del paciente anciano. Los estudios anteriores han demostrado que el agente de control de seis puntos (SIS) cumple con dichos criterios. El Mini Examen del Estado Mental (MMSE) tiene alta sensibilidad y especificidad en pacientes ambulatorios mayores de 65 años.
Wilber y cols.	2005	<i>Society for Academic Emergency Medicine</i>	An evaluation of Two Screening Tools for Cognitive Impairment in older Emergency Department Patients.	La escala de valoración Mini Mental (MMSE) puede ser demasiado larga para su uso en los servicios de urgencias. El SIS, con un punto de corte de $\leq 4$ , es una prueba prometedora. Es corto, fácil de administrar y discreto, lo que le permite incorporarse fácilmente en la evaluación inicial de los pacientes ancianos en los departamentos de emergencia.



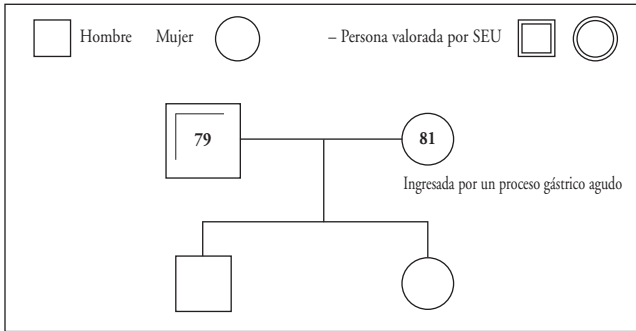


Fig. 1. Representación gráfica del genograma del paciente.

prolongado para la resolución del problema. Por ello, el objetivo de los SUE no es conseguir la “certeza diagnóstica”, sino predecir situaciones reales o potenciales de riesgo para la salud (15) de la persona que se atiende en las urgencias y con esta información orientar y guiar a los profesionales de otros niveles de la atención socio-sanitaria (15, 20).

La Asociación Americana de Técnicos de Emergencias Médicas (21) señala que los servicios de emergencias pueden ser los “ojos y oídos” de la salud pública, ya que pueden identificar los verdaderos factores de riesgo del atendido en el mismo lugar donde se han producido las lesiones. No obstante, no se pueden obviar las características y condiciones antes citadas, del medio donde los equipos desarrollan su labor asistencial. Por ello, las herramientas de valoración empleadas deben de ser de fácil comprensión y de breve aplicación (8, 22).

Existen distintas escalas de valoración geriátrica, entre las cuales dos destacan por su amplia utilización, la escala Barthel (2, 8, 14, 23, 25) y la Mini Mental (2, 8, 23-26). Del análisis de estas escalas, se extrae que el objetivo de la escala Barthel es valorar la dimensión funcional mientras que la escala Mini-Mental valora el deterioro cognitivo del anciano. Cabe señalar que dada la complejidad de la valoración de la escala Barthel, se descarta su uso por los SUE. Con respecto a la escala Mini-Mental, resulta difícil también de aplicar en los servicios de urgencias, debido a que uno de sus ítems requiere demostrar la habilidad motora de dibujar dos figuras, siendo, por tanto, casi imposible utilizarla por el propio estado físico del paciente así como por las circunstancias de la urgencia. Ante esta realidad, Callahan (26) desarrolla una adaptación de la escala Mini-Mental, la escala *Six Item Screener* (SIS) (22, 26-28), que permite iniciar una rápida y sencilla valoración cognitiva del anciano. Es importante señalar que esta escala busca identificar problemas cognitivos, pero que posteriormente debe completarse (26, 28) con pruebas de mayor complejidad y especificidad.

En la valoración de enfermería al paciente en situación de urgencia, especialmente en las intervenciones domiciliarias, es relevante también llevar a cabo una valoración socio-ambiental (14, 15). La escala de valoración socio-familiar Gijón (2, 14, 15, 23, 29, 30) recoge aspectos tales como la situación familiar y económica del paciente, el tipo y estado de la vivienda y las relaciones y apoyos sociales. Por tanto, es una herramienta adaptada para una valoración en detalle de la situación socioambiental de la persona pero no está validada en el contexto de las urgencias extrahospitalarias.

Teniendo en cuenta lo anterior, se observa la necesidad de desarrollar y utilizar herramientas de valoración adaptadas y validadas al contexto de las urgencias extrahospitalarias, que ayuden a objetivar y a estructurar mejor el proceso de valoración de enfermería en situaciones de emergencia.

### Registro de la valoración

En el presente caso clínico, se registraron únicamente los datos obtenidos de la valoración física. Esto se debe a que el parte de intervención que posee la unidad de emergencias no contempla el registro de datos de índole psicosocial. Por este motivo, se recomienda la utilización de registros donde se añadan escalas de valoración psicosocial. Esto reduciría el tiempo que se emplea en realizar las valoraciones, unificaría los criterios de todos los enfermeros, mejoraría el registro y facilitaría la obtención de datos sobre la atención que se está efectuando en estos servicios.

Conseguir que la valoración del anciano sea global e integral implica realizar una correcta recopilación y registro de los datos valorados para su posterior análisis e interpretación. La Asociación Nacional de Técnicos de Emergencias (*National Association of Emergency Medical Technicians, NAEMT*) (21) señala que es necesario realizar informes donde se señalen tanto las lesiones encontradas como las acciones realizadas, además de anotar todo lo que se ha visto o se sabe del evento. Por otro lado, un buen registro de los datos puede mejorar la calidad de los cuidados recibidos por el paciente, al aportar información relevante para las intervenciones posteriores así como el desarrollo de bases de datos para realizar estudios de investigación (21), que puedan mejorar la asistencia sanitaria.

### Traspaso de la información

El análisis del caso revela que aunque el traspaso de información sobre la valoración física fue correcta, no ocurrió lo mismo con la valoración psicosocial, que solo se transmitió verbalmente. Por ello, para fomentar que el traspaso de información sea de calidad (es decir, recoja las diferentes dimensiones de la situación del paciente, tanto la física como la social y emocional), se propone que se efectúen partes de enfermería estructurados que incluyan aspectos psicosociales y que se realicen por triplicado mediante hojas de calco.

La Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (5) señala que es en la atención a los ancianos donde resulta más dificultosa la coordinación entre los diferentes niveles de la asistencia sanitaria. Una posible explicación es el inadecuado traspaso de información entre los distintos niveles sanitarios. Por ello, parece oportuno crear un mecanismo de comunicación sistemático y organizado que garantice la correcta gestión y transferencia de los datos entre los SUE y el centro receptor (21, 29).

Así lo subraya también la NAEMT, que indica que para el traspaso correcto de información es necesario el desarrollo de un informe escrito y la transmisión verbal del parte al médico o enfermera encargados de la asistencia del paciente (21). Además, la NAEMT especifica que el informe verbal debe ser menos detallado que el escrito, pero debe ser lo suficientemente explícito para que reporte una visión general del paciente. Es decir, debe abordar los antecedentes del incidente, las acciones emprendidas y la respuesta a las mismas. También se resalta la importancia de evitar la pérdida o la distorsión de los datos durante el intercambio de información (21, 31).

### CONCLUSIONES

Este estudio de caso muestra la importancia de realizar valoraciones geriátricas estructuradas y que recojan aspectos físicos así como psicosociales del paciente. Pese a la existencia de escalas de valoración del paciente geriátrico, este trabajo pone en evidencia las dificultades, especialmente por la escasez de tiempo, que tienen los equipos de los SUE para aplicar dichas escalas en el contexto de las urgencias. Además, no se han localizado escalas para la valoración socioambiental que se



**Tabla 3. Diagnósticos NANDA<sup>18,19</sup> de Enfermería**

Diagnósticos	Factores relacionados	Código de diagnóstico NANDA Internacional
- Descuido personal r/c	- Deterioro cognitivo - Deterioro funcional - Estilo de vida	00193
- Deterioro de mantenimiento del hogar r/c	- Enfermedad - Organización familiar insuficiente - Falta de familiaridad con los recursos del vecindario	00098
- Riesgo de confusión aguda r/c	- Disminución de la movilidad - Deterioro de la cognición - Sexo masculino - Edad superior a 60 años - Deshidratación	00173
- Deterioro de la memoria r/c	- Desequilibrio de líquidos y electrolitos - Trastornos neurológicos	00131
- Deterioro de la ambulación r/c	- Deterioro cognitivo - Deterioro del estado físico - Deterioro del equilibrio - Fuerza muscular insuficiente	00088
- Desesperanza r/c	- Abandono - Deterioro del estado fisiológico	00124
- Impotencia r/c	- Entorno de cuidados de la salud - Interacción interpersonal	00125
- Riesgo de soledad r/c	- Aislamiento social	00054
- Interrupción de los procesos familiares r/c	- Modificación en el estado social de la familia - Cambio de los roles familiares - Cambio en el estado de salud de un miembro de la familia - Interacción con la comunidad	00060
- Desempeño ineficaz del rol r/c	- Déficit cognitivo - Sistema de soporte inadecuado - Vinculación inadecuada con el sistema de cuidados de salud	00055
- Deterioro de la interacción social r/c	- Limitación de la movilidad física	00052
- Afrontamiento familiar comprometido r/c	- Falta de soporte mutuo	00074
- Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud r/c	- Apoyo social inadecuado	00188
- Aislamiento social r/c	- Alteración del bienestar	00053
- Temor r/c	- Separación del sistema de soporte en una situación de hospitalización	00148
- Riesgo de caídas r/c	- Edad igual o superior a 65 años - Disminución del estado mental - Entorno desordenado - Diarrea - Disminución de la fuerza en las extremidades inferiores - Deterioro de la movilidad física	00155

puedan adaptar a dichos servicios. Tras el análisis de las distintas escalas identificadas, consideramos que la escala *Six Item Screener* (SIS) para la valoración cognitiva y la escala Gijón para la valoración sociofamiliar, pueden ser utilizadas por los SUE, dadas sus características de fiabilidad, facilidad, sencillez y rapidez para su aplicación. A la vez, señalamos la necesidad de desarrollar escalas de valoración psicosocial adaptadas y validadas al contexto de trabajo de los SUE.

Con respecto al registro y traspaso de información, consideramos prioritario incluir valoraciones psicosociales en el parte de registro

y protocolizar la información que se intercambia con otros servicios de la atención sociosanitaria. Esta recomendación ayudará a estructurar el proceso de valoración, aspecto que según la AGS, es fundamental para la valoración geriátrica global. Por otro lado, la incorporación de un parte por triplicado mejorará el intercambio de información, a la vez que ayudará a mejorar la asistencia al paciente. La implementación de estas intervenciones podría mejorar la atención al paciente geriátrico en el contexto de la atención de urgencias extrahospitalarias.

1. España. Instituto Nacional de Estadística. Proyección de la Población de España a Largo Plazo, 2009-2049; 2010 [en línea] Madrid [Acceso el 25 Jul 2011] Disponible en <http://www.ine.es/prensa/np587.pdf>
2. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Tratado de geriatría para residentes. Madrid: International Marketing & Communication, 2006.
3. Barenblit V, Molina S. Salud comunitaria aspectos promocionales en la salud del adulto mayor. Intercambios de Psicoanálisis 2010; 24: 5-15.
4. Walker A. Actitudes hacia el envejecimiento de la población en Europa: Una comparación de los Euro barómetros de 1992 y 1999; 2001 [en línea] Madrid [Acceso el 25 Jul 2011] Disponible en <http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?iPos=1&id=50321&cirPag=1&clave=W8xb8aO8gZ&pos=1>
5. Gómez PJ, Pinto FJA. El anciano frágil detección, prevención e intervención en situaciones de debilidad y deterioro de su salud. Madrid; Servicio de Promoción de la Salud. Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad; 2003.
6. Rico BM, Ferrer AC, Frías RMD, Valdivia PA, Pérez DHC, Regidor RT. Prevalencia de problemas de cuidados en población vulnerable. Metas de Enfermería 2009; 12: 10-4.
7. Kharicha K, Iliffe S, Harari D, Swift C, Gillmann G, Stuck AE. Health risk appraisal in older people 1: are older people living alone an "at-risk" group? British Journal of General Practice 2007; 57: 271-6.
8. Bilotta C, Casè A, Nicolini P, Mauri S, Castelli M, Vergani C. Social vulnerability, mental health and correlates of frailty in older outpatients living alone in the community in Italy. Aging & Mental Health 2010; 14: 1024-36.
9. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Análisis y evaluación de la red de servicios sanitarios dedicados a la dependencia: Programas de prevención, atención domiciliaria y hospitalización; 2005 [en línea] Madrid [Acceso el 14 Jul 2011] Disponible en <http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=51153>
10. Segura NJM, Bastida BN, Martí GN, Riba RM, Marsá CM, Lancho LS. Características y análisis de la supervivencia de las personas ancianas atendidas en el programa de atención domiciliaria del área básica de salud Raval nord, Barcelona 1993-2002. Rev Española Salud Pública 2003; 77: 581-94.
11. American Geriatrics Society. Partnership for health in aging, multidisciplinary competencies in the care of older adults at the completion of the entry-level health professional degree; 2008 [en línea] [Acceso el 14 Jul 2011] Disponible en [http://www.americangeriatrics.org/health\\_care\\_professionals/education/curriculum\\_guidelines\\_competencies/existing\\_formal\\_geriatrics\\_competencies/](http://www.americangeriatrics.org/health_care_professionals/education/curriculum_guidelines_competencies/existing_formal_geriatrics_competencies/)
12. Segundo Congreso Estatal de Personas Mayores: Una sociedad para todas las edades. Madrid; 21-23 de Junio 2001. Madrid: Consejo Estatal de Personas Mayores, 2001.
13. Naughton C, Drennan J, Treacy P, Fealy G, Kilkenny M, Johnson F y cols. The role of health and non-health-related factors in repeat emergency department visits in an elderly urban population. Emergency Medicine Journal 2010; 27: 683-7.
14. Puig Llobet M, Lluch Canut M<sup>a</sup>T, Rodríguez Ávila N, Valoración de enfermería: detección de la soledad y del aislamiento social en los ancianos de riesgo. Gerokomos 2009; 20: 9-14.
15. García JV, Díaz E, Salamea A, Cabrera D, Menéndez A, Fernández Sánchez A y cols. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. Aten Primaria 1999; 23: 434-40.
16. Bilotta C, Bowling A, Casè A, Nicolini P, Mauri S, Castelli M y cols. Dimensions and correlates of quality of life according to frailty status: a cross-sectional study on community-dwelling older adults referred to an outpatient geriatric service in Italy. Health and Quality of Life Outcomes 2010; 8: 56-66.
17. Tirado Pedregosa G, Hueso Montoro C, Cuebas Fernández-Gallego M, Montoya Juárez R, Bonill de las Nieves C, Schmidt Río-del-Valle J. Cómo escribir un caso clínico en enfermería utilizando taxonomía Nanda, NOC, NIC. Index de Enfermería 2011; 20: 111-5.
18. Margaret Lunney RN. NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) International: Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación 2009-2011. Madrid: Elsevier, 2009.
19. Ackley BJ, Ladwing GB. Manual de diagnósticos de enfermería: Guía para la planificación de los cuidados. 7<sup>a</sup> ed. Madrid: Elsevier, 2006.
20. Caplan GA, Williams AJ, Daly B, Abraham K. A randomized, controlled trial of comprehensive geriatric assessment and multidisciplinary intervention after discharge of elderly from the emergency department - The DEED II Study. JAGS 2004; 52: 1417-23.
21. National Association of Emergency Medical Technicians NAEMT. PHTLS Soporte vital básico y avanzado en el trauma prehospitalario. 6<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier, 2011.
22. Wilber ST, Carpenter CR, Hustey FM. The Six-item screener to detect cognitive impairment in older emergency department patients. Acad Emerg Med 2008; 15: 613-6.
23. Generalitat Valenciana Conselleria de Sanitat. Escalas e instrumentos para la valoración en atención domiciliaria. Valencia: Generalitat Valenciana, 2006.
24. Harvan JR, Cotter VT. An evaluation of dementia screening in the primary care setting. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners 2006; 18: 351-60.
25. Kane RA, Kane RL. Evaluación de las necesidades de los ancianos. Guía práctica sobre los instrumentos de medición. Barcelona: SG Editores, 1993.
26. Callahan CM, Unverzagt FW, Hui SL, Perkins AJ, Hendrie HC. Six-Item screener to identify cognitive impairment among potential subjects for clinical research. Medical Care 2002; 40: 771-81.
27. Chen MR, Guo QH, Cao XY, Hong Z, Liu XH. A preliminary study of the Six-Item screener in detecting cognitive impairment. Neuroscience Bulletin 2010; 26: 317-21.
28. Wilber ST, Lofgren SD, Mager TG, Blanda M, Gerson LW. An evaluation of two screening tools for cognitive impairment in older emergency department patients. Academic Emergency Medicine 2005; 612-6.
29. Díaz Palacios. ME, Domínguez Puente. O, Toyos García, G. Resultados de la aplicación de una escala de valoración sociofamiliar en atención primaria. Rev Esp Geriatr Gerontol 1994; 29: 239-45.
30. Corrales FE, Tardón GA, Cueto EA. Estado funcional y calidad de vida en mayores de setenta años. Psicothema 2000; 12: 171-5.
31. Federic M, Hustey, Stephen W, Meldon, Michael D, Smith, Carolyn k. Lex. The effect of mental status screening on the care of elderly emergency department patients. American College of Emergency Physicians 2003; 41: 678-84.