

PERSONAS MAYORES Y SERVICIOS DE URGENCIA

JORGE SASTRE
GERIATRA

INTRODUCCIÓN

La intervención urgente en el paciente geriátrico no debe afrontarse exclusivamente como un problema médico sino que debe tenerse en cuenta aspectos funcionales, mentales y sociales.

INTRODUCCIÓN

Todos los que practicamos medicina notamos que los pacientes han envejecido.

La medicina como disciplina no ha avanzado en la geriatrización con la misma velocidad que la demografía.

Esto trae como consecuencia un problema fácil de evitar: la iatrogenia.

INTRODUCCIÓN

El paciente anciano representa más del 15-25% de las consultas urgentes

Además se asocia a estadías más prolongadas en urgencia y a un mayor porcentaje de ingresos

Moya Mir MS. Epidemiología de las urgencias del anciano. Monografías Emergencias 2008;2: 6-8.



EL PACIENTE GERIÁTRICO

Individuo de edad avanzada con pluripatología y polifarmacia y que además presente algún grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria

Engloba aspectos médicos, psicológicos, funcionales y sociales de los cuales dista el mero término de anciano.

Kahn JH, Trends in geriatric emergency med. Emerg Med Clin N Am 2006; 24: 243-260.

EL ANCIANO FRÁGIL

Paciente de edad avanzada que presenta cambios en los órganos y sistemas que le otorgan una pérdida de la reserva fisiológica.

Conserva la independencia para las ABVD, pero ante una noxa intercurrente está en riesgo de sufrir deterioro funcional.

Fried LP et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001; 56: M146-156.

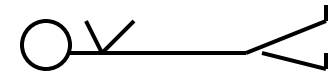
Bortz WM. A conceptual framework of frailty: a review. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2002;57: 283-288.

ANCIANO FRÁGIL

Persona con una enfermedad crónica compensada, en la que pequeñas complicaciones le llevan, de forma rápida, a la dependencia



gripe
contusiones de una caída
cambio en la medicación
infección
hospitalización



INDEPENDIENTE

DEPENDIENTE

RELEVANCIA DEL PROBLEMA

Al comparar las visitas a urgencias en los grupos de edad de mayores o menores de 65 años, se evidencia que el paciente anciano tiene mayor probabilidad de sufrir un problema de gravedad.

Martín Sánchez FJ, et al. Diferencias del sistema de *triaje* Manchester entre ancianos y adultos. XXI Congreso Nacional Sociedad Española de Urgencias y Emergencias 2009

RIESGOS

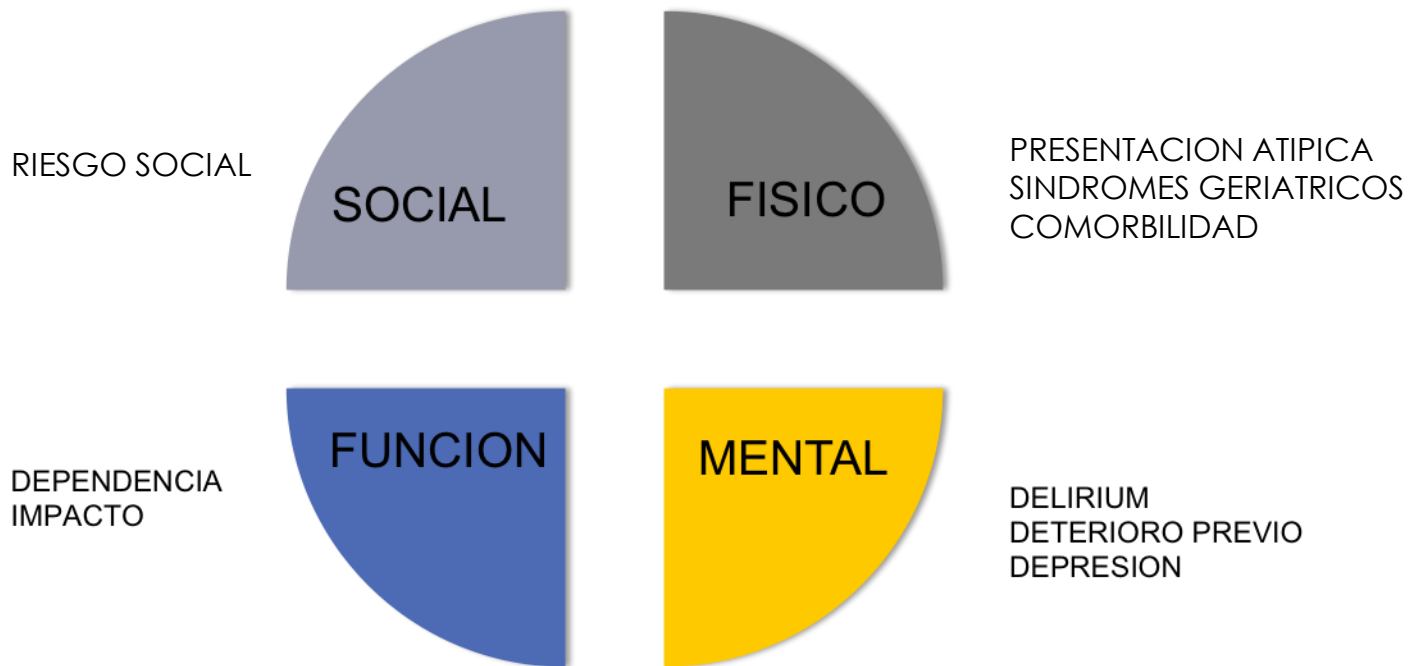
Cuando un anciano frágil o geriátrico visita un SU se le debe considerar un paciente de riesgo.

Existe mayor incidencia de complicaciones, ingresos, RAM, institucionalización y muerte tras el alta.

Duaso E, López-Soto AL. Valoración del paciente frágil en urgencias. Emergencias 2009; 21: 362-369

MODELO DE ATENCIÓN

TRIAGE



DERIVACION AL NIVEL ASISTENCIAL MÁS ADECUADO

VGI

No existe evidencia hoy que demuestre la efectividad de un modelo concreto de valoración geriátrica en servicios de urgencia.

Algunos autores creen que no sería el nivel asistencial más adecuado para la VGI.

¿VGI adaptada a la dinámica de los Servicios de Urgencia?

OBJETIVO: TOMA DE DECISIONES CORRECTAS

Herramientas para establecer un plan de cuidados específico a cada paciente anciano con patología médica aguda en urgencias.

La edad no es un factor determinante en la supervivencia sino que lo son otros aspectos como la comorbilidad y la funcionalidad.

Evitar el ageísmo.



VALORACIÓN MÉDICA

La presentación clínica habitualmente es atípica y la anamnesis en ocasiones es difícil.

Es fundamental la información del cuidador.

Examen físico con mayor minuciosidad, nivel de destreza y observación del paciente.

Evaluar la comorbilidad previa (Charlson).

Considerar la polifarmacia, RAM y cascada de la prescripción.

MOTIVOS DE CONSULTA FRECUENTES

RAM

Dolor torácico agudo

Dolor abdominal

Disnea aguda

HTA severa

Cefalea

Infecciones

RAM: SIEMPRE SOSPECHAR

Polifarmacia: más de 5

Hipotensores, cronótrópos negativos, hipoglicemiantes, anticoagulantes, AINES, anticolinérgicos, BDZ, opioides.

Considerar criterios de Beers y la cascada de la prescripción

Prevención: retirar fármacos innecesarios.

VALORACIÓN FUNCIONAL

La dependencia funcional es, en ocasiones, un factor pronóstico más potente que la propia enfermedad.

El deterioro funcional agudo en SU se asocia a mayor mortalidad, discapacidad, necesidad de institucionalización y elevados costos en salud.

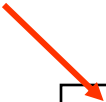
Fernández Alonso C et al. Valor pronóstico de la valoración funcional al ingreso en una unidad de corta estancia de urgencias. Rev Esp Geriatr Gerontol 2010; 45: 63-66.

VALORACIÓN FUNCIONAL

Para cuantificar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) puede emplearse el índice de Katz o el índice de Barthel

Para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) el índice de Lawton.

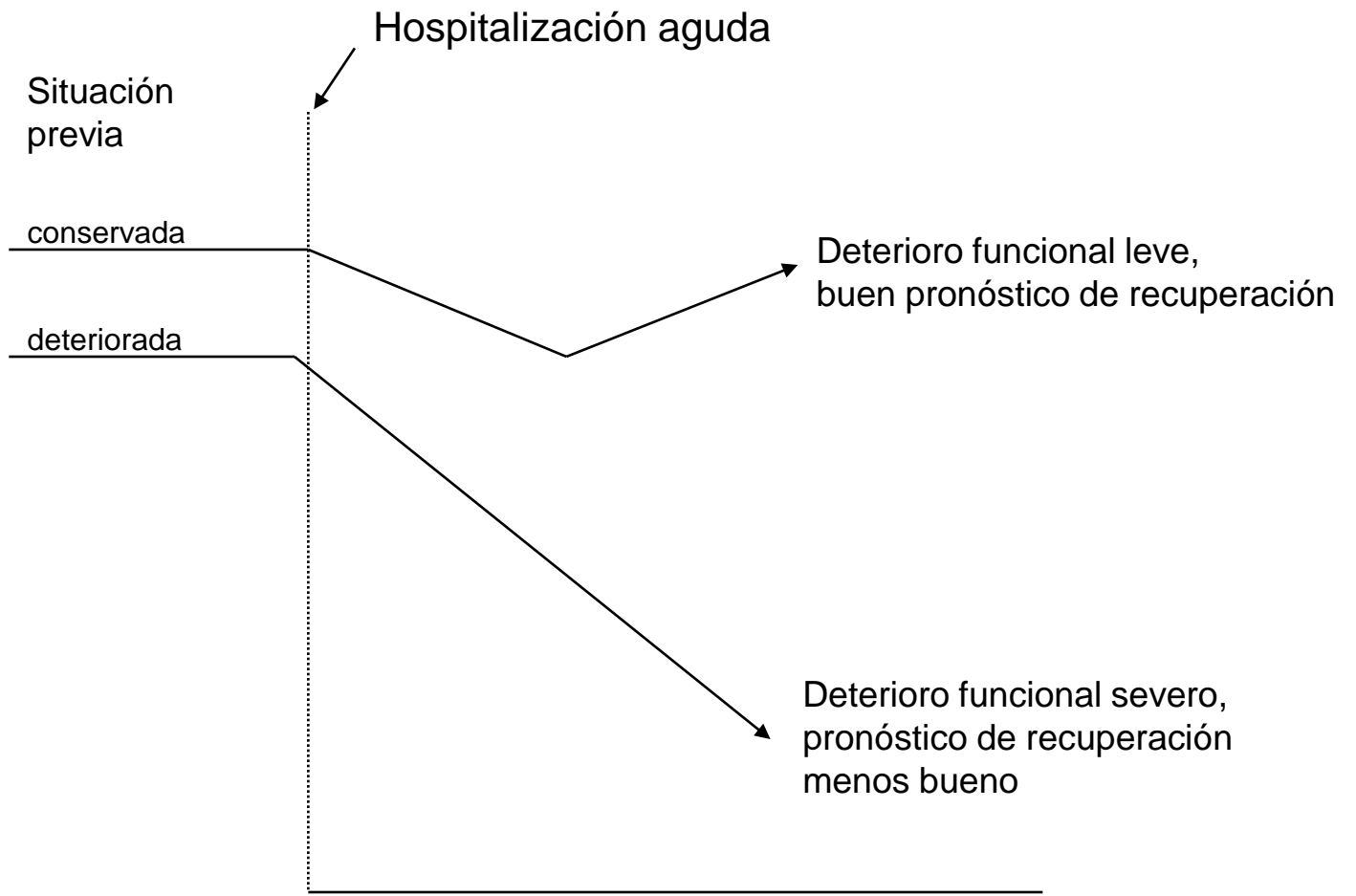
Factores QUE PREDICEN deterioro funcional Durante la hospitalización en agudos.



	OR
Deterioro AVDs instrumentales previo al ingreso (lawton <5)	2,6 (<0,01)
Edad >85 años	3,5 (<0,01)
Deterioro cognitivo (MMSE abrev <14 puntos)	1,8 (<0,05)

Sager et al MA et al. Hospital admission risk profile: Identifying older patients at risk for functional decline Following acute medical illness and hospitalization. J Am Geriatr Soc 1996; 44: 251-257.

CAPACIDAD
FUNCIONAL
PREVIA
AIVD



VALORACIÓN MENTAL

Se ha descrito la presencia de deterioro cognitivo en el 25% de los casos de los ancianos que acuden a urgencias, pero sólo es objetivado en uno de cada cuatro pacientes.

En aquellos pacientes donde está presente y no ha sido identificado. se asocia a mayor mortalidad tanto a corto como a largo plazo.

Hustey FM, The prevalence and documentation of impaired mental status in elderly emergency department patients. Ann Emerg Med 2002; 39: 248

VALORACIÓN MENTAL

¿Delirium o demencia previa?

No existe evidencia para recomendar algún instrumento más adecuado para la urgencia.

La escala a utilizar debe ser breve, sencilla y adecuada a las circunstancias específicas de cada paciente.

VALORACIÓN SOCIAL

Se considera anciano de alto riesgo social

-Vive solo o sin cuidador principal

-Sin domicilio fijo

-Problemas económicos.

-Demencia

-Historia previa de violencia

Tener siempre en cuenta el abuso y maltrato.

IDENTIFICATION SENIOR AT RISK

La escala ISAR valora:

- dependencia funcional (previa y en agudo)**
- polifarmacia**
- déficit de memoria y visión**
- hospitalización reciente.**

Riesgo: puntuación mayor o igual a 2.

McCusker J, Bellavance F, Cardin S, Trepanier S. Screening for geriatric problems in the emergency department: reability and validity. Identification of Seniors at Risk (ISAR) Steering Committee. Acad Emerg Med 1998; 5: 883-893.

TRIAGE RISK SCREENING TOOL

- **presencia de deterioro cognitivo.**
- **vivir solo.**
- **no tener un médico dispuesto o preparado para prestar asistencia.**
- **dificultad para caminar o para las transferencias**
- **visita a SU en 30 días previos u hospitalización en los últimos 90 días**
- **tener cinco o más medicamentos prescritos.**

Riesgo: deterioro cognitivo o dos o más de los otros cinco criterios.

Meldon et al. A brief-stratification tool to predict repeat emergency department visits and hospitalizations in older patients discharged from the emergency department Acad Emerg Med 2003; 10: 224-232

RECOMENDACIONES

Capacitación en geriatría al personal de urgencia.

Modelo de atención global del paciente geriátrico en urgencia.

Detectar al anciano de riesgo.

Considerar los síndromes geriátricos en protocolos de manejo.

Considerar la funcionalidad y comorbilidad, para definir cursos de estudio y tratamiento.

RECOMENDACIONES

Coordinación entre los niveles de atención (médico de urgencia, médico de cabecera o de casa de reposo).

Trabajar con la familia o cuidador.

¿Salas de observación, unidades de corta estadía geriatriizadas?

Estructura que minimice el riesgo de caídas o de UPP.

Se debe potenciar la investigación clínica en los SU sobre la atención del anciano ¿Estratificar el riesgo?



OJO CON:

“Los geriatras en los servicios de urgencia evitan la epidemia de hospitalización de mayores de 75 años”

“Los geriatras solo atienden a los pacientes con patologías menos graves”

“Por que esta camilla está ocupada por un paciente que no tiene pronóstico”

“Dile al geriatra que hable con la familia para limitar el esfuerzo terapéutico”

PROYECTOS

Continuidad de los cuidados y gestión de casos: seguimiento de los pacientes tras en alta desde el servicio de urgencia.

Hospitalización domiciliaria: destinada al 16% de consultantes que presentan dependencia funcional severa.

Capacitación continua: personal de los servicios de urgencia hospitalarios, SAPU, programas de postrados.

GRACIAS

