

URGENCIAS EN EL PACIENTE ANCIANO

Dr. Miguel Angel Monsoriu Fito

Médico adjunto del Servicio de Urgencias. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

VALORACIÓN DEL PACIENTE DE EDAD AVANZADA

- Incremento progresivo de la demanda asistencial de pacientes de edad avanzada en urgencias
- Tiempos de asistencia prolongados por:
 - Dificultad en la obtención de información
 - Pluripatológicos por enfermedades crónicas previas
- Modificación de esquemas diagnósticos
- Consideraciones sobre el empleo o limitación de los medios diagnósticos o terapéuticos (complejos, costosos, agresivos)
- Problemas sociales
- Aspectos éticos

HISTORIA CLÍNICA

- Herramienta de trabajo para el médico que la realiza
- Transmite información a otros médicos
- Instrumento de defensa ante problemas legales
- Complimentarla siempre con el acompañante
- Debe ser un retrato del paciente y la situación

ANAMNESIS

A) ANTECEDENTES PERSONALES:

- Antecedentes de DM e HTA
- Alergias medicamentosas conocidas
- Ingresos hospitalarios previos (solicitar informes previos)
- Intervenciones
- Otras patologías y controles actuales
- Hábitos tóxicos
- Medicación habitual y dosis
- Situación basal
- Recursos sociales

B) SITUACIÓN BASAL:

- **Tipo de actividad.**
 - Camina solo o ayudado.
 - Permanece sentado o encamado.
 - Come solo, se asea solo, se viste solo.
- **Conserva el control de los esfínteres.**
- **Relación con los que le rodean.**
 - Inicia conversación.
 - Habla sólo si le preguntan.
 - Responde con monosílabos.
 - Responde adecuadamente.
- **Comportamiento.**
- **Pérdida de memoria.**
- **Capacidad de entretenimiento.**
- **Lesiones residuales:** ACV, úlceras por decúbito, etc.

C) RECURSOS SOCIALES:

- Grado de alfabetización
- Apoyo familiar
- Situación socio-económica
- Apoyos institucionales

EXPLORACIÓN FÍSICA

- **Falta de colaboración**
- **Suele ser menos expresiva:**
 - Escasos signos de irritación peritoneal en un abdomen agudo.
 - Fiebre baja pero mal tolerada en procesos infecciosos (obnubilación, desorientación, agitación, deshidratación).
 - IAM indoloro.
 - Neumonía sin dolor en punta de costado.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

La indicación de pruebas viene condicionada por:

- Naturaleza de la patología a investigar
- Situación basal del paciente
- Intención de tratar si se confirma el diagnóstico

“No rechazar a priori actitudes radicales por edad. Tener en cuenta criterios médicos de valoración individual y de recuperabilidad”

EXPLORACIONES BÁSICAS

- Tensión arterial.
- Temperatura.
- Glucemia digital.
- Hemograma.
- Química básica (Na, K, Glucosa, Urea, Creatinina).
- ECG.
- Rx de Tórax, Rx Abdomen.
- Orina (tira reactiva, sedimento).

EXPLORACIONES OPCIONALES

- Gasometría (arterial o venosa).
- Orina (Amilaturia, iones, etc).
- Coagulación (Dímero D).
- Química (CK, amilasa, proteínas, Ca, mioglobina, troponina, PCR) .
- Hemocultivos.
- ECO (Abdominal, MMII, etc).
- TAC (cerebral, abdominal, helicoidal, etc.).
- Pruebas cruzadas.
- Niveles de fármacos, tóxicos en orina.
- Punción lumbar, etc.

SÍNDROMES MÁS FRECUENTES EN EL ANCIANO**ALTERACIÓN AGUDA DEL NIVEL DE CONCIENCIA (DELIRIUM)**

- **Cuadros infecciosos:**
 - Factores de riesgo: encamamiento, sondaje, patología subyacente, deterioro del sistema inmune.
 - Mayor riesgo de sepsis en el anciano.
 - Fiebre baja pero mal tolerada.
 - Los más frecuentes: respiratorios y urinarios.
 - Abdominales, úlceras por decúbito, meningitis, etc.
- **Tratamiento con sedantes:**
 - Uso de mórficos y benzodiazepinas de vida media larga.
- **Alteraciones metabólicas o endocrinas:**
 - Estado hiperglicémico hiperosmolar.
 - Deshidratación.
 - Hipoglucemia.
 - Hipercalcemia.
 - Hiponatremia.
 - Hipotiroidismo.
- **Insuficiencia cardíaca o arritmias.**

- **Insuficiencia respiratoria.**
- **Procesos vasculares cerebrales.**
- **Traumatismos craneales.**

DISNEA (INSUFICIENCIA CARDIORRESPIRATORIA)

- Anemia.
- Efectos tóxicos de fármacos (teofilina, digoxina, sedantes).
- Abandono de medicación.
- Infección respiratoria, neumonía.
- Neumonía por aspiración.
- Dificultad para eliminar secreciones bronquiales.
- Arritmias.
- IAM.
- TEP.
- ICC.

DOLOR ABDOMINAL

- **Menor expresión clínica**
- **Menor elevación del número de leucocitos**
- **Causas más frecuentes:**
 - Colecistitis.
 - Diverticulitis.
 - Perforación gástrica.
 - Isquemia intestinal.
 - Aneurismas.
 - Apendicitis del anciano.
 - Fecaloma, obstrucción intestinal.
 - Dolor abdominal referido a procesos extra-abdominales:
 - Neumonía, IAM, lesiones esqueléticas.
 - Retención urinaria.

DIARREA

- **Causas más frecuentes:**
 - Infecciosas.
 - Tumorales.
 - Isquémicas.
 - Fecaloma.
 - Endocrinas.
 - Cuadros inflamatorios intraabdominales.
 - Pancreáticas.

PATOLOGÍA NEUROLÓGICA

- Frecuentes ACVs isquémicos y hemorrágicos.
- Traumatismos craneales.

FIEBRE

- Infecciones: respiratorias, urinarias, úlceras por decúbito, meningitis, etc.
- Procesos inflamatorios abdominales.
- Procesos tumorales.