



## NOTA CLÍNICA

# El paciente anciano en Urgencias. ¿Es el mejor escenario para la toma de decisiones complejas?



Gema Somoza Fernández<sup>a,\*</sup>, Vicente Romero Estarlich<sup>b</sup> y José Antonio Serra Rexach<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Geriatria, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Geriatria, Hospital Universitario Santa Cristina, Madrid, España

## R E S U M E N

**Palabras clave:**  
Valoración geriátrica integral  
Urgencias  
Toma de decisiones  
Anciano

La valoración del paciente geriátrico requiere un abordaje multidimensional que cobra especial importancia a la hora de decidir si un paciente con enfermedad crítica es candidato a recibir un tratamiento activo, entendiéndose por tal el conjunto de medidas destinadas a resolver una patología aguda.

Presentamos la evolución de 4 pacientes ancianos que ingresaron desde el Servicio de Urgencias habiéndose optado exclusivamente por un manejo sintomático (morfina y/o midazolam) de su patología aguda. Durante su ingreso en la Unidad de Agudos de Geriatria, dada la mejoría clínica objetivada, se inició tratamiento activo con actitud expectante. Todos ellos fueron dados de alta tras una evolución clínica favorable.

© 2019 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Elderly patients in the Emergency Department. Is it the best scenario to make complex decisions?

## A B S T R A C T

**Keywords:**  
Geriatric assessment  
Emergency Department  
Decision making  
Elderly

Clinical evaluation of elderly patients must include a comprehensive geriatric assessment. This is vital when deciding if a patient with a demonstrated critical disease should receive an active treatment, defined as the set of measures to treat an acute disease.

The clinical outcomes are presented of four elderly patients who were admitted from the Emergency Department and whose severe acute diseases were treated with Comfort Measures Only. During their admission in the Geriatrics Acute Unit, and due to a reported clinical improvement, an active treatment was provided. All patients were discharge from the hospital after a favourable clinical course.

© 2019 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

En los últimos años, se estima que una de cada 3 personas que acuden diariamente a los Servicios de Urgencias (SU) tienen más de 70 años<sup>1</sup>. La elevada presión asistencial presente en estas unidades hace que la valoración médica que se realiza en los SU sea a menudo breve y centrada exclusivamente en el motivo de consulta. Sin embargo, la atención al paciente anciano complejo requiere una valoración geriátrica exhaustiva que englobe no solo su comorbilidad o su situación aguda, sino también su estado físico, mental

y social. Todos estos elementos influyen en su pronóstico vital y son piezas esenciales a la hora de tomar decisiones complejas en ancianos con enfermedad crítica.

Presentamos la evolución de 4 pacientes, con edades comprendidas entre 71 y 94 años, que ingresaron procedentes del SU únicamente con medidas de control sintomático (morfina y/o midazolam en perfusión continua) habiendo sido desestimados para tratamiento activo. Durante su ingreso en la Unidad de Agudos de Geriatria (UAG) se objetivó mejoría clínica, por lo que se decidió instaurar un tratamiento activo de su patología aguda.

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [somoza.ge@gmail.com](mailto:somoza.ge@gmail.com) (G. Somoza Fernández).

## Descripción de los casos

### Caso clínico n.º 1

Mujer de 94 años diagnosticada de hipertensión arterial (HTA) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), dependiente para todas las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) excepto para la alimentación (índice de Barthel [IB]: 45/100) en contexto de poliartrosis.

Acudió al SU por dolor epigástrico de 2 horas de evolución. A su llegada presentaba una presión arterial sistólica (PAS) de 200 mmHg y saturación basal de oxígeno en torno al 80%. En el ECG se objetivó elevación del segmento ST en derivaciones V2-V4 y en la analítica sanguínea una troponina T de 562 ng/l. Dada la situación clínica y funcional de la paciente se decidió optar por un manejo médico del síndrome coronario agudo (SCA), no siendo candidata a medidas invasivas.

A pesar de una mejoría clínica inicial, unas horas más tarde presentó un nuevo episodio de desaturación, asociando crisis hipertensiva y marcada agitación psicomotriz. Dada su inestabilidad clínica y hemodinámica se decidió interrumpir el manejo médico del SCA, iniciándose exclusivamente medidas de control sintomático ( morfina y midazolam) en perfusión continua.

A su ingreso en la UAG, unas 24 horas más tarde, se objetivó discreta mejoría clínica con mayor estabilidad hemodinámica y cardiorrespiratoria, por lo que se decidió retirar la perfusión de morfina y midazolam e instaurar nuevamente el manejo médico que se había iniciado unas horas antes en el SU. Fue dada de alta a las 2 semanas. Al cabo de 10 meses se mantiene en clase funcional II/IV de la NYHA y sin experimentar cambios en su funcionalidad previa.

### Caso clínico n.º 2

Varón de 94 años, independiente para todas las ABVD (IB: 100/100) diagnosticado de HTA.

Fue traído al SU tras ser encontrado en la calle con bajo nivel de conciencia. A su llegada se realizó un TAC craneal que objetivó un hematoma subdural agudo de 24 mm de diámetro con marcado efecto masa. Dada la situación clínica del paciente, que en el momento de la anamnesis presentaba una puntuación de 6 sobre 15 en la *Glasgow Coma Scale* (GCS), así como las características radiológicas de la lesión, fue desestimado para tratamiento quirúrgico, optándose exclusivamente por medidas de control sintomático ( morfina y midazolam) en perfusión continua.

A su ingreso en la UAG, unas 4 horas más tarde, presentaba un GCS 13/15. Dada la evolución clínica favorable, se suspendió la perfusión de morfina y midazolam y se inició corticoterapia intravenosa. Unos días más tarde, tras nuevo empeoramiento del nivel de conciencia, fue valorado por Neurocirugía, realizándose finalmente intervención quirúrgica. Fue dado de alta a los 18 días. Transcurridos 10 meses, tras un exhaustivo proceso de rehabilitación, conserva la funcionalidad que presentaba previamente a su ingreso.

### Caso clínico n.º 3

Mujer de 87 años, diagnosticada de HTA, EPOC, enfermedad renal crónica (ERC) y un carcinoma endometrioide con metástasis pulmonares y carcinomatosis peritoneal en seguimiento por Cuidados Paliativos, dependiente para todas las ABVD (IB: 30/100) en contexto de una degeneración macular de base.

Acudió al SU por fiebre y disnea de unos 6 días de evolución. A su llegada presentaba una PAS de 80 mmHg, bajo nivel de conciencia y marcado trabajo respiratorio. Dada su inestabilidad hemodinámica y considerando su comorbilidad, se decidió no optar por un

tratamiento activo de sepsis respiratoria, iniciándose perfusión de morfina como medida de control sintomático.

A su ingreso en la UAG, unas 7 horas más tarde, se objetivaba discreta disminución del trabajo respiratorio y PAS en torno a 110 mmHg, por lo que se decidió suspender la perfusión de morfina e instaurar antibioterapia empírica con actitud expectante. Fue dada de alta a las 2 semanas. Siete meses más tarde continúa en seguimiento por Cuidados Paliativos, permaneciendo estable y sin cambios en su funcionalidad previa.

### Caso clínico n.º 4

Mujer de 71 años, diagnosticada de mieloma múltiple en actitud paliativa por refractariedad a varias líneas de tratamiento, HTA y ERC, independiente para todas las ABVD (IB: 100/100).

Fue traída al SU por dolor hipogástrico de unas 48 horas de evolución. A la exploración física presentaba una PAS de 70 mmHg e importantes signos de irritación peritoneal. Se realizó un TAC abdominopélvico que objetivó una extensa perforación intestinal localizada en íleon distal. Dada la inestabilidad clínica y hemodinámica de la paciente, así como su comorbilidad, se decidió no optar por un tratamiento activo de su enfermedad aguda, iniciándose control sintomático con morfina en perfusión continua.

A su ingreso en la UAG, unas 12 horas más tarde, se objetivaba discreta mejoría clínica y mayor estabilidad hemodinámica y cardiorrespiratoria, por lo que se retiró la perfusión de morfina y se inició antibioterapia empírica. Fue dada de alta al cabo de 3 semanas tras una óptima evolución clínica y radiológica. A los 5 meses preserva su funcionalidad previa al ingreso.

## Discusión

Los SU ejercen un papel fundamental en nuestro sistema sanitario. Todos los días, en este entorno asistencial, se toman decisiones destinadas a mejorar la sintomatología de los pacientes y, siempre que sea posible, a resolver la patología aguda por la que consultan. Sin embargo, a la vista de los casos clínicos expuestos, esta toma de decisiones resulta especialmente compleja cuando se trata de un paciente anciano con enfermedad crítica. La dificultad para conocer la situación funcional real del paciente, así como la comorbilidad y la presentación atípica de diversas patologías, son factores que, junto con una elevada presión asistencial, podrían llevar en ocasiones a una toma de decisiones basada exclusivamente en la impresión subjetiva del momento agudo.

Tal y como se recoge clásicamente en la literatura<sup>2</sup>, el conocimiento del paciente en sus esferas funcional, mental y social, y no solo de su situación aguda, de su patología de base o de su edad, es esencial a la hora de identificar nuevos problemas en el SU, constituyendo una herramienta de gran ayuda en la toma de decisiones complejas. Esta valoración geriátrica exhaustiva no solo mejora la calidad de vida de los pacientes durante la hospitalización posterior, sino que además ha demostrado aumentar su supervivencia a corto y a largo plazo<sup>3,4</sup>. Sin embargo, y pese a las evidencias, son varias las publicaciones que constatan que esta valoración no se realiza de forma adecuada en el SU<sup>5</sup>.

El paciente geriátrico, por tanto, constituye un reto para la medicina de Urgencias. Es conocido que los pacientes mayores de 65 años permanecen más tiempo en el SU que los pacientes más jóvenes, consumiendo más tiempo y recursos y recibiendo un mayor número de pruebas complementarias<sup>6</sup>. En una encuesta realizada a médicos de Urgencias, estos respondieron que esta dificultad en el abordaje del paciente anciano podría mejorarse con una mayor formación en medicina geriátrica<sup>7</sup>.

Por otro lado, el control de los síntomas puede realizarse de forma gradual y no es incompatible con instaurar un tratamiento

activo con actitud expectante. Tal y como se refleja en los casos clínicos expuestos y en la literatura disponible<sup>8,9</sup>, la presentación atípica de diversas patologías hace que la situación aguda del paciente anciano pueda variar en las horas sucesivas a la primera valoración, siendo los contextos clínicos muy dinámicos y cambiantes. De esta forma, tanto si se opta exclusivamente por medidas de control sintomático como si se decide un tratamiento activo, resulta esencial la reevaluación periódica del paciente, reconsiderando así su pronóstico ante cada cambio.

### Conclusiones

Los SU no son siempre el lugar más idóneo para la toma de decisiones complejas en pacientes ancianos con enfermedad crítica. La elevada presión asistencial y la falta de tiempo para realizar una correcta valoración en las condiciones adecuadas hacen que debamos ser especialmente cautos a la hora de desestimar a un paciente para tratamiento activo, considerándolo únicamente subsidiario de recibir medidas de control sintomático.

En medio de este ambiente de complejidad, realizar un abordaje integral y multidimensional ayuda a un correcto diagnóstico situacional y a una toma de decisiones más cauta y más adecuada a las necesidades de los pacientes ancianos, que son, en definitiva, los que más y mejor utilizan los SU<sup>10</sup>.

### Bibliografía

1. Bermúdez de la Granda M, Guzmán Gutiérrez G, Fernández Fernández M, Solano Jaurrieta JJ. Impacto del paciente anciano en los servicios de Urgencias hospitalarios. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2018;53:145–8.
2. Ellis G, Marshall T, Ritchie C. Comprehensive geriatric assessment in the emergency department. *Clin Interv Aging.* 2014;9:2033–43.
3. Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, Langhorne P, Burke O, Harwood, et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;9:CD006211, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006211.pub3>.
4. Conroy SP, Ansari K, Williams M, Laithwaite E, Teasdale B, Dawson J, et al. A controlled evaluation of comprehensive geriatric assessment in the emergency department: the “Emergency Frailty Unit”. *Age Ageing.* 2014;43:109–14.
5. Rodríguez Molinero A, López-Diéguez M, Pérez Medina I, Tabuenca AI, de la Cruz JJ, Banegas JR. Evaluación cognitiva de los pacientes ancianos en el servicio de urgencias: comparación entre instrumentos estándar, historia clínica y la percepción de los médicos. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2010;45:183–8.
6. Biber R, Rail HJ, Sieber C, Weis P, Christ M, Singler K. Correlation between age, emergency department length of stay and hospital admission rate in emergency department patients aged  $\geq 70$  years. *Gerontology.* 2013;59:17–22.
7. McNamara RM, Rousseau E, Sanders AB. Geriatric emergency medicine: A survey of practicing emergency physicians. *Ann Emerg Med.* 1992;21:796–801.
8. Perry A, Macías Tejada J, Melady D. An approach to the older patient in the emergency department. *Clin Geriatr Med.* 2018;34:299–311.
9. Limpawattana P, Phungoen P, Mitsungnern T, Laosuankoon W, Tansangworn N. Atypical presentations of older adults at the emergency department and associated factors. *Arch Gerontol Geriatr.* 2016;62:97–102.
10. Salvi F, Morichi V, Vita D, Fallani M, Dessi-Fulgheri P. Older adults use the emergency department appropriately. *Intern Emerg Med.* 2009;4:93–4.