

J. Rodríguez Salazar, C. Bermejo Boixareu y J. Gómez-Pavón

Introducción

El anciano es un paciente distinto al adulto no anciano. Presenta ciertas características que implican un manejo diferente. Éste se basa en la valoración geriátrica integral (VGI), un equipo multidisciplinar y un contínuum asistencial en distintos niveles asistenciales.



Valoración geriátrica integral

La VGI es un proceso multidimensional e interdisciplinar dirigido a identificar y cuantificar problemas médicos, evaluar la función física, mental y social, proponer planes globales de tratamiento y optimizar la utilización de los recursos asistenciales. Su praxis exige un profundo conocimiento de los recursos e instrumentos que en cada área deben ser utilizados y, por tanto, una sólida formación al respecto.

La historia clínica convencional no valora el 70-90% de los problemas cognitivos, el 60-80% de los casos de incontinencia urinaria, el 40-55% de los casos de malnutrición, el 75-85% de los déficits visuales/auditivos, el 90% de los problemas de medicación ni el 75% de las condiciones inadecuadas en domicilio.

La VGI pretende valorar al paciente anciano en su conjunto. Ésta incluye valoraciones en el aspecto clínico, funcional, mental y social. Además, otros aspectos específicos son la malnutrición, las caídas, las incontinencias, el déficit visual y/o auditivo y la calidad de vida. La realización de una VGI consigue:

- Precisión en el diagnóstico y mayor detección de problemas.
- Mejoría del estado funcional, cognitivo y afectivo.
- Reducción de ingresos hospitalarios y de institucionalización en residencias.
- Menor uso de medicación (mayor detección de interacciones, efectos secundarios, etc.).
- Incremento del uso de la asistencia a domicilio.

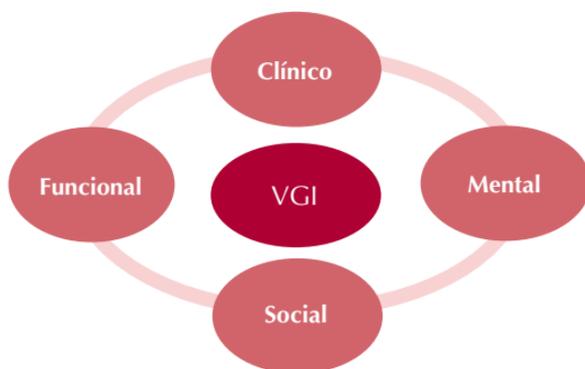


Tabla 1-1. Tipos de paciente anciano

Anciano sano	<p>Edad avanzada. Sin enfermedades objetivables. Sin deterioro funcional. Independiente. Sin alteraciones mentales. Sin problemática social.</p>
Anciano enfermo	<p>Anciano sano con enfermedad aguda. Comportamiento similar a adultos no ancianos. No suele presentar otras enfermedades importantes. No suele presentar deterioro funcional, mental ni social asociado. Manejo "tradicional".</p>
Anciano de riesgo	<p>Edad avanzada (> 80 años). Suele presentar enfermedades crónicas de base que cuando están compensadas permiten al anciano mantener su independencia básica (situación de prediscapacidad). Delicado equilibrio del entorno sociofamiliar. Con proceso agudo intercurrente: <ul style="list-style-type: none"> • Alto riesgo de deterioro funcional. • Mayor riesgo de síndrome confusional. • Alto riesgo de desequilibrio social. Puede llevar a una pérdida de independencia, con necesidad de recursos sanitarios o sociales. </p>
Paciente geriátrico	<p>Edad avanzada. Una o varias enfermedades crónicas de base evolucionadas. Deterioro funcional. Dependientes para ABVD en mayor o menor grado. Alteraciones mentales frecuentes. Necesidad de asistencia domiciliaria/medio residencial.</p>

ABVD: actividades básicas de la vida diaria.

En la actualidad suele describirse al anciano de riesgo como anciano frágil, prefrágil o no frágil, en función de la clasificación de Fried expuesta en el capítulo siguiente.

Historia clínica en el paciente anciano

El manejo del anciano en urgencias y en otros niveles asistenciales pasa por dos fases distintas:

- Recogida de información.
- Toma de decisiones.

Recogida de información

La recogida de información en el paciente anciano se convierte en un gran reto debido a sus características:

- Presentación atípica de enfermedades.
- Tendencia/prevalencia de cronicidad y pluripatología.
- Tendencia al deterioro funcional.
- Síndromes geriátricos (muchas veces como presentación atípica de las enfermedades).
- Sobrecarga familiar/cuidador principal.
- Respuestas a tratamientos muy variables y difíciles de predecir.
- Deterioro cognitivo, que dificulta/impide la anamnesis.
- Fragilidad social, que limita el acceso a información.
- Polifarmacia, que interacciona con nuevos tratamientos o enmascara enfermedades agudas.
- Falta de colaboración del paciente.
- Se tiende a la realización de un mayor número de pruebas que conllevan errores diagnósticos e iatrogenia.

Motivo de consulta/enfermedad actual

En la enfermedad actual hay que tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Historia cronológica y concisa. Es frecuente que los pacientes geriátricos tengan más de un problema a la vez. Enumerarlos y saber distinguirlos desde el principio es básico para su correcto manejo posterior.
- Es frecuente que los pacientes no puedan responder a parte o incluso toda la anamnesis por un deterioro cognitivo de base, síndrome confusional o bajo nivel de consciencia por enfermedad aguda. En estas situaciones se deberá obtener información de los cuidadores principales, medio residencial (contactar con residencia si fuese necesario) u otros medios.
- Hay que tener en cuenta que la presentación de enfermedades en ancianos puede ser asintomática o paucisintomática, y muchas veces se manifiesta con los llamados síndromes geriátricos:
 - Ejemplo: paciente con demencia que mantenía la deambulación y que deja de caminar súbitamente; puede ser debido a un estreñimiento de días de evolución o a una retención aguda de orina (RAO), o a un cambio de medicación por la noche, etc., aparte de las afecciones que sospecharíamos en pacientes no ancianos (p. ej.: accidente cerebrovascular agudo –ACVA–).

- Además de preguntar por los síntomas clásicos en una historia clínica (dolor, disnea, mareo, síndrome miccional, etc.), en los ancianos se debe preguntar por los síndromes geriátricos, ya que pueden ser la causa o la única manifestación de una enfermedad aguda.

Tratamiento habitual

Es imprescindible enumerar todos los fármacos con dosis y pauta de éstos, así como los últimos cambios realizados. Para disminuir la pérdida de información es conveniente contrastar la información con familiares y/o sistemas electrónicos disponibles.

Hay que preguntar directamente por fármacos «extra», como pueden ser antiinflamatorios no esteroideos (AINE), productos de herbolario y otras sustancias que no son consideradas fármacos pero que pueden tener entre sus componentes principios activos.

Son muchos los ancianos que acuden a urgencias por iatrogenia medicamentosa. En muchas de estas ocasiones, un ajuste de medicación e ingresar en observación, si precisa, pueden evitar el ingreso y permitir el seguimiento en consultas externas.

Antecedentes personales

Especial mención a los informes con ingresos recientes, cambios de medicación y resultado de los mismos, antibióticos usados y actitud tomada ante ciertas situaciones. Ejemplo: «se decide no realizar cateterismo salvo dolor anginoso no controlable con medicación».

Se reflejará si el paciente tiene o no registro de voluntades anticipadas, así como las preferencias del paciente en relación con la intensidad de diversos tratamientos, como unidad de cuidados intensivos (UCI), reanimación cardiopulmonar, etc. Si el paciente presenta demencia se recogerá la información de su principal cuidador en relación con los deseos propios que haya verbalizado el paciente.

Situación basal

La situación basal es la que tenía el paciente previamente al proceso agudo o subagudo. Debe investigarse de forma sistemática en el paciente anciano. Sin esta información se pueden cometer errores graves en el manejo del paciente.

Se divide en:

- Funcional:

- Hace referencia a la independencia del individuo, ya sea para actividades básicas, instrumentales o avanzadas:
 - Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): aseo, vestido, deambulación, transferencias, empleo del retrete, comida, continencia urinaria y continencia fecal. Las siglas DABVD (dependiente para las actividades básicas de la vida diaria) restan precisión a la valoración salvo que sea un valor extremo, en ese caso se pondrá «totalmente DABVD». En muchas ocasiones se conservarán ciertas funciones y es importante recalcar cuáles se mantienen. Ejemplo: «camina con bastón y precisa ayuda para ducha y vestido, pero colabora en estas actividades y es independiente para el resto de ABVD». En caso de que el paciente no camine, es relevante saber desde cuándo. Es muy importante preguntar expresamente por esta temporalidad

a familiares, porque ante la pregunta «¿camina?», muchos familiares responderán que no, pero refiriéndose a los últimos 2 días en los que el paciente se encuentra en proceso agudo, aunque previamente el paciente saliese a la calle. La consecuencia de escribir que no camina por no haber preguntado expresamente implica que en este paciente no se tomen las medidas oportunas para la recuperación funcional y que el riesgo de deterioro funcional en la hospitalización sea muy elevado.

- Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): uso del teléfono, manejo del dinero, compra, medicación, tareas domésticas, uso de transporte público, etc.
- Actividades avanzadas de la vida diaria: actividades sociales, viajes...
- Mental:
 - Indicar la presencia o no de deterioro cognitivo y, en caso afirmativo, su grado. También se describen aquí trastornos del comportamiento, alteraciones del ritmo sueño-vigilia, etc. Además de una escala, es útil describir el estado basal del paciente. Ejemplo: reconoce a familiares cercanos y mantiene conversación sencilla, falta de atención, etc.
 - Sería un gran error diagnosticar a un paciente de demencia solamente porque en ese momento tiene bajo nivel de consciencia.
 - Así mismo, la palabra *demencia* por sí misma no da mucha información, ya que hay distintos grados y tipos de demencia.
 - También se describe en este apartado el estado afectivo del paciente.
- Social:
 - Este apartado recoge los recursos sociales del paciente: dónde vive, con quién, características de la vivienda, si dispone de ayuda pública o privada (teleasistencia, ayuda domiciliaria...), gestión o no de Ley de Dependencia.
 - Es fundamental localizar al cuidador o cuidadores principales del paciente y describir si se aprecia sobrecarga.
- Clínica:

Se describe, como en cualquier otra historia, la situación clínica del paciente: disnea, edemas en miembros inferiores, dolor, presencia de sonda vesical, oxígeno, nicturia, ortopnea, etc.

Exploración física

A menudo vamos a encontrarnos con pacientes incapaces de expresarse o con bajo nivel de consciencia. La exploración física minuciosa nos revelará datos que no son referidos por el paciente. Ejemplo: RAO, fecaloma, úlcera por presión, no movilidad de alguna extremidad o hemicuerpo...

Juicios clínicos

En este punto es vital no realizar exclusivamente una descripción de las consecuencias, sino de las causas de la situación actual. Ejemplo: «fractura de cadera secundaria a caída, posiblemente a hipotensión ortostática, en paciente con reciente cambio de medicación antihipertensiva» es mejor que «fractura de cadera».

Toma de decisiones

Una correcta valoración del paciente anciano permitirá una individualización en la toma de decisiones adecuada a cada paciente. Así, según la decisión/valoración de cada paciente, se tomarán las decisiones más ajustadas posibles en cuanto a agresividad terapéutica, ingreso frente a posibilidad de manejo en residencia o en domicilio, o derivación a consultas externas.

La toma de decisiones en los servicios de geriatría se desarrolla por un equipo multidisciplinar (médicos, enfermeras/auxiliares, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, etc.).

Este equipo variará en sus componentes según de qué nivel asistencial se trate. Cada componente del equipo aporta la información de su ámbito profesional en relación con el paciente.

Las decisiones comprenden:

- Plan de cuidados: tratamiento farmacológico y no farmacológico.
- Pruebas complementarias.
- Indicación o no de unidades específicas (unidad coronaria, unidad de cuidados intensivos...).
- Indicación o beneficio de ingreso hospitalario, así como las posibilidades de manejo ambulatorio o en residencia.
- Nivel asistencial más indicado para el paciente.

En definitiva: las decisiones más difíciles hacen referencia al grado de agresividad diagnóstico-terapéutica, que debe ser completamente individualizado. Sería negligente tomar estas decisiones sin una recogida de información con una correcta VGI. Sin la información suficiente nos podemos encontrar con dos situaciones:

- Clasificación de un paciente con un deterioro mayor del que realmente tiene: implica riesgo de cierto nihilismo terapéutico o una limitación excesiva del esfuerzo terapéutico, es decir, no realizar el esfuerzo diagnóstico terapéutico (EDT) «adecuado» en este paciente.
- Clasificación de un paciente de no deterioro, o menor deterioro del que realmente tiene: implica riesgo de encarnizamiento terapéutico, es decir, realizar un EDT excesivo para un paciente, con riesgo de yatrogenia y no modificación de la enfermedad.

En situaciones de urgencia/emergencia, se dispone de poco tiempo para recoger información. Unos datos clave con un basal básico es clave para una indicación de reanimación cardiopulmonar (RCP). Un paciente en planta o en otra unidad debe tener en la primera página de la historia clínica ayudas en la toma de decisiones (Sí/No RCP, Sí/No UCI, etc.), independientemente de que después, en cada situación, se debe a individualizar.



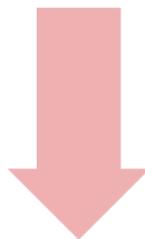
Encarnizamiento terapéutico

Correspondería al peligro de una práctica médica sólo orientada a la prolongación de la vida, creando situaciones en ocasiones crueles para el enfermo. Sería un exceso de medidas con intenciones curativas, que van a ser fútiles y entran dentro de lo no indicado.

Nihilismo terapéutico

Concepto basado en el tratamiento de síntomas y no en la curación o en la terapia. Si no está justificado, implica no tomar medidas curativas en situaciones potencialmente reversibles en pacientes que sí se benefician de este esfuerzo.

No asociar ancianidad con terminalidad sin valorar la opinión de la persona, su situación basal ni las diferentes opciones asistenciales.



Limitación del esfuerzo terapéutico

Sería no iniciar o retirar medidas de soporte vital de un paciente ante la inutilidad de éstas o por deseo expreso del paciente, como medida frente al encarnizamiento terapéutico y la prolongación fútil de la vida. Se trata de que las medidas tomadas sean proporcionadas a la situación del paciente.

El límite se debe individualizar en cada paciente. Ejemplos:

- Paciente no subsidiario de UCI, de fármacos vasoactivos.
- Paciente no subsidiario de cateterismo, sí de tratamiento farmacológico intensivo.
- Paciente no subsidiario de colonoscopia, sí de transfusión, etc.



Lo más importante en la toma de decisiones

- Poder decidir: el paciente o, en caso de incapacidad, un tutor legal o familiar debe formar parte del proceso de decisiones en todo momento. La relación más autonomista de estos tiempos hace que el paciente/familia tenga la decisión de qué medidas son proporcionadas y cuáles desproporcionadas.
- Información a la familia: en la mayoría de los casos forman parte activa en la toma de decisiones.
- Proceso de decisiones escrito en la historia clínica: reflejar las decisiones, las conclusiones habladas con la familia y las voluntades anticipadas es necesario, y más en un servicio con múltiples turnos y alta frecuencia de recambio de profesionales.
- Situación cambiante, entenderlo como un proceso dinámico y no como decisiones estáticas en el tiempo: la situación del paciente cambia, y con ello, las decisiones. Evitar guías y protocolos rígidos.

Plan de cuidados



La atención del paciente anciano no se inicia/finaliza con el ingreso hospitalario. El seguimiento es fundamental en el proceso asistencial. La respuesta al tratamiento y el control de síntomas, así como de la progresión de la enfermedad, requieren revisiones frecuentes para evitar nuevas descompensaciones.

Niveles asistenciales en Geriatría

La asistencia geriátrica se define como: «El conjunto de niveles asistenciales hospitalarios y extrahospitalarios, sanitarios y sociales destinados a prestar atención interdisciplinaria integral y especializada a las personas mayores que viven en un determinado sector asistencial». Sus tres pilares básicos son la asistencia hospitalaria, los equipos de atención primaria y los servicios sociales de la comunidad. La clave para una asistencia geriátrica adecuada se encuentra en el grado de desarrollo, coordinación y comunicación entre los diferentes niveles asistenciales, sanitarios y sociales.

Niveles asistenciales sanitarios

Existen distintos niveles asistenciales en función de las distintas necesidades, sanitarias y sociales, que plantean los ancianos, según la fase evolutiva de la enfermedad, y garantizan el tipo y calidad de los cuidados necesarios en cada momento:

- Unidad de agudos: son unidades de hospitalización de pacientes con patología aguda que cuentan con un equipo multidisciplinar, una valoración geriátrica integral con otros objetivos aparte de la resolución del proceso agudo, como son: disminuir dependencia, polifarmacia, complicaciones, institucionalización, inmovilidad, etc., y prevención de complicaciones asociadas al proceso agudo.
 - Unidad de media estancia/convalecencia: son unidades en las que el objetivo principal es una recuperación funcional deteriorada por un episodio clínico concreto. Los pacientes más frecuentes son los que han sufrido una fractura de cadera, un ictus o un deterioro funcional tras un ingreso hospitalario.
 - Unidad de larga estancia: unidades hospitalarias destinadas a pacientes que requieren cuidados continuos de enfermería y médicos a largo plazo o indefinido, que por su complejidad no pueden ser atendidos en su domicilio.
 - Hospital de día: proporciona tratamiento integral en régimen diurno a pacientes principalmente con deterioro funcional o cognitivo. Se fundamenta en el
- Manual Terapéutico en Geriatría. SEGG ©2017. Editorial Médica Panamericana.

menta en la recuperación funcional, la valoración multidisciplinar y el manejo de los síndromes geriátricos.

- Equipos de atención geriátrica domiciliaria: sirven de apoyo a los equipos de atención primaria para el manejo conjunto de pacientes pluripatológicos que no pueden acudir a consulta por su situación basal. Se ocupan de establecer la coordinación entre la atención hospitalaria y extrahospitalaria, seguimiento de pacientes tras alta hospitalaria y contribuyen a establecer la continuidad de los cuidados.
- Equipos interconsultores hospitalarios: sirven de apoyo al manejo de pacientes complicados ingresados en unidades no geriátricas. Han demostrado muy buenos resultados para el manejo de complicaciones de cirugías de traumatología. Posteriormente se crearon las unidades de ortogeriatría de agudos con un nivel de recomendación superior (I).
- Unidad de neurogeriatría: estudio y seguimiento de pacientes principalmente con deterioro cognitivo.
- Consultas externas: estudio y tratamiento de la patología clínica específica del anciano y de los síndromes geriátricos.

Ejemplo: un paciente que tiene un ACVA con una hemiparesia residual puede pasar por varias unidades geriátricas:

- Unidad de agudos en la fase aguda de la enfermedad.
- Unidad de media estancia (UME) posteriormente para tratamiento rehabilitador y de las áreas afectadas: depresión, disfagia, úlceras, recuperación de continencia e independencia de las ABVD, prevención y tratamiento de complicaciones.
- Hospital de día para continuar el tratamiento de recuperación funcional una vez dado de alta de UME e integrado en su domicilio.
- Consultas externas para seguimiento de sus problemas clínicos concretos.

Niveles asistenciales sociosanitarios

- Prestaciones de la red de servicios sociales municipales: ayuda social domiciliaria, centros de día, servicio de teleasistencia; otros con irregular nivel de desarrollo: comidas a domicilio, lavanderías a domicilio.
- Prestaciones de organismos dependientes de cada CCAA: residencias oficiales de la comunidad, estancias temporales en residencias, plazas concertadas (comunidad/residencias privadas).

Equipo multidisciplinar en geriatría

Diversos profesionales con un fin en común: la mejoría de la situación clínica, mental, funcional y social del paciente. Según el nivel asistencial predominarán unos profesionales u otros. La coordinación del equipo la realiza un geriatra, y puede estar formado por enfermería, auxiliares, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, trabajadora social y otros (logopedas, psicólogos, etc.). El trabajo en equipo implica reuniones periódicas, establecimiento de objetivos.

Síndromes geriátricos

Un apartado fundamental de la clínica geriátrica son los síndromes geriátricos. Éstos se definen como un conjunto de signos y síntomas muy prevalentes

en la población geriátrica, de etiología multifactorial y que tienden a la discapacidad:

- Inmovilidad.
- Inestabilidad y caídas.
- Úlceras por presión.
- Depresión, ansiedad e insomnio.
- Hipotermia y deshidratación.
- Incontinencia.
- Estreñimiento.
- Malnutrición.
- Polifarmacia.
- Deprivación sensorial: disminución auditiva y visual.
- Deterioro cognitivo: demencia y síndrome confusional agudo.
- Fragilidad.
- Sarcopenia.
- Fragilidad social.

Es importante realizar un interrogatorio directo de los síndromes geriátricos de reciente aparición y una anamnesis por aparatos, pues hay signos o síntomas patológicos que el paciente puede considerar secundarios al envejecimiento y no darles importancia.

Bibliografía

- Baztán JJ, Suárez-García FM, López-Arrieta J, Rodríguez-Mañas L, Rodríguez-Artalejo F. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. *BMJ* 2009;338:b50.
- Baztán JJ. Atención sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica. *Med Clin (Barc)* 2000;115:704-7.
- Campion EW. The value of geriatric interventions. *N Eng J Med* 1995;332:1376-8.
- Cassel ChK, Cohen HJ, Larson EB et al., eds. *Geriatric medicine*. 3.^a ed. Nueva York: Springer; 1997.
- Cruz-Jentoft, Alfonso J et al. Silver paper: the future of health promotions and preventive actions, basic research, and clinical aspects of age-related disease. *Aging Clin Exp Res* 2009;21(6):376-85.
- González Montalvo JI, Pérez del Molino J, Rodríguez Mañas L, Salgado Alba A, Guillén Llera F. Geriatrics and geriatric care: for whom and how (and II). *Med Clin (Barc)* 1991 Feb 16;96(6):222-8.
- González Montalvo JI, Pérez del Molino J, Rodríguez Mañas L, Salgado Alba A, Guillén Llera F. Geriatrics and geriatric care: for whom and how (I). *Med Clin (Barc)* 1991 Feb 9;96(5):183-8.
- González-Montalvo JI, Pallardo Rodil B, Bárcena Álvarez A, Alarcón Alarcón T, Hernández Gutiérrez S. Efficiency of acute geriatric units in Spain hospitals. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2009 Jul-Aug;44(4):205-8.

- Grimley Evans J, Franklin Williams T, eds. Oxford textbook of geriatric medicine. Oxford: Oxford University Press; 1992.
- Hazzard WR, Blass JP, Ettinger WH, Halter JB, Ouslander JG, eds. Principles of geriatric medicine and gerontology. 4.^a ed. Nueva York: McGraw-Hill; 1999.
- Kane R, Ouslander J, Abrass I, Resnick B, editores. Essentials of clinical geriatrics. 6.^a ed. The McGraw-Hill Companies; 2009.
- Pathy MSJ, ed. Principles and practice of geriatric medicine. 3.^a ed. Chichester: John Wiley & Sons; 1998.
- Robles Raya M^aJ, Miralles Basseda R, Llorach Gaspar I, Cervera Alemany Antón M^a. Definición y objetivos de la especialidad de Geriátría. Tipología de ancianos y población diana. Tratado de Geriátría para residentes. SEGG 2006.
- Rubenstein LZ et al. Effectiveness of a geriatric evaluation unit: a randomized clinical trial. *N Eng J Med* 1984;311:1664-70.
- Salgado A, Guillén F, Díaz de la Peña J, eds. Tratado de geriatría y asistencia geriátrica. Madrid: Salvat S.A.; 1986.
- Salgado A. Geriátría. Historia, definición, objetivos y fines, errores conceptuales, asistencia geriátrica. *Medicine (Madr)* 1983;50:3.235-9.
- Tallis RC, Fillit HM, Brocklehurst JC, eds. Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology. 5.^a ed. Edimburgo: Churchill Livingstone; 1998.
- Vidán M, Serra JA, Moreno C, Riquelme G, Ortiz J. Efficacy of a comprehensive geriatric intervention in older patients hospitalized for hip fracture: a randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:1.476-82.
- Vidán M, Sánchez E, Alonso M, Montero B, Ortiz J, Serra JA. An intervention integrated into daily clinical practice reduces the incidence of delirium during hospitalization in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 2009 Sep 15 (FI 3.805).
- Warren MW. Care of chronic sick. A case for treating chronic sick in blocks in a general hospital. *Br Med J* 1943;ii:322-3.
- Warren MW. Care of the chronic aged sick. *Lancet* 1946;1:841-3.