

COLABORACIÓN ESPECIAL

IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS POR LAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS LAS PERSONAS MAYORES

AUTORES

García Velázquez, M^a del Castillo; Pérez Galán, Ricardo José; Poley Guerra, Alfredo Jesús.

Correo de Contacto: casti600@hotmail.com

RESUMEN

Este trabajo es un estudio descriptivo y retrospectivo de la asistencia de los mayores de 65 años al servicio de urgencias de atención primaria de una población rural sevillana de 26000 habitantes y un análisis comparativo de los datos obtenidos con los suministrados por la literatura.

Con este estudio se pretende iniciar una aproximación al conocimiento de la magnitud de la morbilidad geriátrica y utilización de servicios en el ámbito de las urgencias prehospitalarias, con el fin de racionalizar la respuesta al incremento de la demanda asistencias de dicha población.

PALABRAS CLAVE

anciano, urgencia, enfermería, emergencia, asistencia sanitaria.

TITLE

IDENTIFICATION OF THE CAUSES FOR ATTENDING TO THE OLD PEOPLE IN THE SERVICE OF EMERGENCY .

ABSTRACT

This work is a retrospective descriptive study of the attendance of over 65 emergency department primary care of a rural population of 26000 inhabitants of Seville and a comparative analysis of the data obtained with those provided by the literature.

This study seeks to initiate an approach to the understanding of the magnitude of morbidity and utilization of geriatric services in the field of prehospital emergency, in order to streamline the response to increased demand for that stock assists.

KEY WORDS

elderly, emergency, nursing, emergency, health care.

INTRODUCCIÓN

La disminución de la natalidad en las últimas décadas está condicionando que la esperanza de vida adquiera una amplitud y aceleración sin precedentes. Entorno al envejecimiento se plantean múltiples aspectos que van desde la sanidad a la economía, al ocio, trabajo, hogar, familia....

El envejecimiento progresivo de la población debido al aumento de la esperanza de vida ha originado un aumento en la demanda sanitaria de los servicios de urgencias hospitalaria y prehospitalaria. Sin embargo, si el interés por las características de las urgencias geriátricas hospitalarias ha ido en aumento, se percibe una falta de estudio sobre las urgencias en el área prehospitalaria atribuible en parte a la dificultad de recogida de datos epidemiológicos.

El anciano, constituye de acuerdo con los datos de la literatura, el principal usuario de los servicios de urgencias hospitalarios. Se estima que alcanza cifras medias del 25% del total de las urgencias asistidas. A ello se suma la mayor existencia de patología a esta edad, el hecho de haber aumentado la expectativa de vida del anciano, lo que propicia que el anciano acuda con mayor frecuencia a solicitar asistencia urgente. Dentro de los ancianos, las mujeres tienen unos valores superiores en este tipo de asistencia que los hombres. Y dentro de las patologías por las que se consulta destacan las patologías pulmonar o cardiaca, es decir, aquella del bloque médico-quirúrgico y de la traumatológica.

En la asistencia prehospitalaria, alcanza unos valores similares, de un 22%. Hay que destacar el empleo superior de fármacos y de ambulancias como medios de transporte al hospital.

Es importante en orden a disminuir el número de urgencias, el papel a desarrollar por la asistencia primaria en cuanto a valoración de factores de riesgo y necesidad de proporcionar un adecuado soporte de atención domiciliaria.

Los estudios publicados indican que predisponen a una mayor demanda de asistencia urgente, los ingresos económicos reducidos, el bajo nivel educacional y la soledad. En esta línea cada vez se pone más de manifiesto el buen resultado del funcionamiento en urgencias de las unidades de consulta geriátrica, dirigidas por médicos y enfermeras con la formación apropiada.

El estrés que siente el paciente mayor ante una enfermedad se potencia cuando requiere utilizar los recursos del sistema de salud o requiere ser hospitalizado, ya que su dependencia aumenta al asociarse a la hospitalización un alto grado de incertidumbre.

Conviene comenzar definiendo lo que entendemos por asistencia geriátrica. Sería de acuerdo con el libro Blanco sobre el Médico y la tercera edad un "Conjunto de niveles de atención que, desde una óptica sanitaria y social, debe garantizar la calidad de vida de los ancianos habitantes de un área sectorizada, proporcionando respuestas adecuadas a las diferentes situaciones de enfermedad o de dificultad social que aquellos presenten". Su objetivo prioritario es conseguir que el anciano permanezca, o se reintegre, en su domicilio habitual en suficientes condiciones de bienestar y seguridad". Una asistencia geriátrica bien concebida presupone la adopción de medidas políticas globales que contemplan aspectos amplios y dispersos. Aspectos que incluyen puntos de vistas tan variados como un nivel adecuado de pensiones, unos servicios sociales lo más completo posibles y pensados teniendo en cuenta la realidad del colectivo anciano al que va dirigido, o unas medidas políticas que contribuyan a prevenir enfermedades, faciliten la asistencia integral al anciano cuando estas se presenten y tengan en cuenta las patologías crónicas e incapacitantes a efectos de servicios específicos de recuperación, residencias asistidas...

La organización general de la asistencia geriátrica debe ser integral, con objetivos preventivos, asistenciales, rehabilitadores y sociales. En cada sector cabe considerar, a efectos expositivos, una atención ambulatoria o extrahospitalaria, una atención hospitalaria y una atención en las residencias asistidas. Todos estos niveles asistenciales deben mantener una coordinación permanente entre sí, especialmente entre aquellos ubicados en un mismo sector. En todo caso debe tenerse en cuenta que el objetivo básico de la Geriátrica es el mantenimiento del anciano en su propio domicilio en buenas condiciones de salud tanto físicas como funcionales, psíquicas y sociales.

Debe tenerse una concepción "centrífuga": todo lo que pueda atenderse fuera del hospital no tiene por qué serlo dentro. Con ello se reducen los ingresos y se fuerza la relación con los centros de atención primaria, los hospitales de apoyo y los servicios sociales de la propia área asistencial. La atención extrahospitalaria es siempre más barata y, sobre todo, desde el punto de vista conceptual y humano el anciano no debe organizar su vida en torno al hospital, sino buscar su inserción en áreas sociales que le sean más próximas y con menor carga negativa que la que supone un hospital.

Una de estas unidades puede ser el Hospital de Día Geriátrico. Puede estar ubicado en el centro de atención primaria o, incluso en hospitales de media o larga estancia. En todo caso, se trata de un centro de funcionamiento diurno, sin camas de hospitalización, dinámico en sus prestaciones y destinado a completar la recuperación psíquica, física y social del paciente anciano. Sirve como punto intermedio entre la asistencia hospitalaria y la domiciliaria. Los tipos de anciano que se reciben más comúnmente son:

1. Aquellos que necesitan recuperación física o simplemente mantenimiento (accidentes cerebrovasculares en curso, fracturas recientemente intervenidas...)
2. Los que requieren recuperación o mantenimiento físico especializado (parkinsonianos, amputados, diabéticos...)
3. Ancianos que requieren recuperación o soporte psicológico, siempre que no caigan en la psiquiatría propiamente dicha.
4. Los que necesiten afianzamiento y recuperación de actividades perdidas durante su enfermedad y estancia hospitalaria (vestirse, comer u otras actividades de la vida diaria).
5. Ancianos que necesitan cuidados sanitarios que no pueden ser prestados en su domicilio y que no justifican su ingreso.

Como se citaba con anterioridad, el objetivo fundamental de la asistencia geriátrica es mantener al anciano en su domicilio en las mejores condiciones de bienestar. En este sentido el domicilio debe ser el destino lógico posthospitalario. El problema reside muchas veces en la imposibilidad que existe por razones médicas o sociales (demencias, enfermedad crónica invalidante, ausencia de familia o personal cuidador en su domicilio, falta de condiciones de vivienda...) para volver al propio hogar. Una alternativa para ello son las residencias de mayores debidamente equipadas y con profesionales perfectamente cualificados en la atención al anciano, sea cual fuere el problema que presente al ingreso.

Es importante señalar que no existen enfermedades propias de las personas mayores, pese a que a algunas se les ponga el apelativo de seniles, como sucede con la demencia o la osteoporosis. Estas enfermedades pueden aparecer a otras edades, pero son mucho más frecuentes en este grupo de edad.

El deterioro de órganos y sistemas que se produce con el envejecimiento se acompaña de pérdidas en el ámbito social (jubilación, aislamiento...) económicas y familiares (fallecimientos, enfermedad de allegados...) todo ello genera miedo, inseguridad y dificultades en el acceso a los recursos sanitarios y sociales.

La peculiaridad de las enfermedades geriátricas radica en el deterioro que acarrea sobre el aspecto funcional, mental, emocional y social de la persona mayor.

1. Funcional: puede aparecer una dificultad para las actividades básicas de la vida diaria (deambulación, aseo, alimentación, transferencia, vestido y continencia), así como para las llamadas actividades instrumentales (tareas domésticas, uso de transporte, manejo del dinero y control de la propia medicación). Estas actividades son fundamentales para garantizar la autonomía del anciano. La situación de incapacidad varía dependiendo del grado en que las personas se vean afectadas.
2. Mental y emocional: las enfermedades pueden afectar al nivel cognitivo, limitando la memoria y la capacidad de juicio y abstracción, y al afectivo, predisponiendo a la depresión, ansiedad, etcétera.
3. Social: la aparición de una enfermedad puede obligar al ingreso en una residencia (institucionalización), a la necesidad de ayuda a domicilio, a la necesidad de vivir solo...

Las personas ancianas presentan patologías con una frecuencia muy elevada (en algunas estadísticas hasta del 80%). Además, a menudo coexisten varias enfermedades (pluripatología).

Existen características más específicas de las enfermedades en los ancianos que son:

1. En los síntomas:
 - Síntomas tenues y atípicos.
 - Las enfermedades en geriatría suelen ser poco sintomáticas si las comparamos con las de las personas jóvenes: por ejemplo, muchas infecciones pueden cursar sin fiebre. El dolor es otro síntoma que a veces está atenuado o incluso falta, por ejemplo, en un infarto de miocardio.
 - Los síntomas son menos claros, las enfermedades debutan de forma atípica: por ejemplo, una infección urinaria puede manifestarse con un cuadro de confusión aguda.
 - Lo más característico es que casi cualquier enfermedad se manifiesta por una pérdida de función, tanto física como mental, y de forma aguda. De ahí la importancia de medir periódicamente la función.
 - Adaptación a la enfermedad

Ocasionalmente los ancianos adaptan su modo de vida a la enfermedad, y esto dificulta la identificación del problema. Por ejemplo, un paciente con insuficiencia cardiaca que sufra una dificultad respiratoria con el esfuerzo disminuye progresivamente su actividad, por lo que el síntoma permanece oculto, o bien un anciano con demencia que se pierde por la calle, deja de salir.

- Síntomas superpuestos.

Las personas mayores suelen padecer varias enfermedades a la vez, por lo que resulta difícil detectar síntomas nuevos. Es de capital importancia reconocer el problema que ha roto el complejo equilibrio de la salud de nuestros pacientes. Ejemplo: paciente con EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) que debuta con insuficiencia cardiaca, cuyos síntomas son parecidos (insuficiencia respiratoria).

2. En el diagnóstico
 - Dificultad para obtener la historia clínica

Ocurre debido a las presentaciones atípicas, a los problemas de comunicación por afasias o déficits sensoriales (sordera), y a que muchos síntomas se consideran normales para la edad y se les resta importancia. Pero con paciencia, algo más de tiempo y preguntando a los cuidadores posible recoger todos los datos.

- valoración geriátrica

Es imprescindible para el diagnóstico una valoración exhaustiva.

- Detección de patología oculta

Con frecuencia, tras estudiar la patología que ha motivado la consulta, aparecen otros problemas que aparecían ocultos.

- El acceso a pruebas diagnósticas

No debe estar limitado nunca por la edad. Tras una valoración adecuada, se hará un balance de riesgo- beneficio de las posibles pruebas, tras lo que se decide si se realizan o no.

- Mayor dificultad para algunas pruebas diagnósticas

A veces, las pruebas no se pueden realizar a los pacientes geriátricos con eficacia por circunstancias como inmovilidad, mala colaboración o efectos secundarios.

3. En el tratamiento
 - Priorización

El tratamiento indiscriminado de la pluripatología puede provocar más perjuicio que beneficio. Debe darse prioridad al tratamiento de situaciones reversibles antes de que se cronifiquen y creen dependencia. Ejemplo: paciente que debuta

con hemorragia digestiva y que está tomando ácido acetil salicílico 200 mg para la prevención de cardiopatías, el especialista le suprimiría este fármaco porque produce lesión gástrica y buscaría una alternativa.

- Susceptibilidad a los efectos secundarios

Las personas mayores son más susceptibles a los efectos secundarios, a las interacciones y a los errores en la dosificación de la medicación. Debe utilizarse el menor número posible de fármacos y los de dosificación más sencilla, y hay que asegurarse de que la persona anciana o su familia comprenden perfectamente el calendario de tomas.

- Las conductas sobreprotectoras.

Son frecuentes entre familiares y cuidadores. Pueden ser perjudiciales ya que limitan el proceso de rehabilitación. Cuando el enfermo comienza a restablecerse, basta con ayudarlo y supervisar su actividad, en vez de realizarla por él, aunque tarde más.

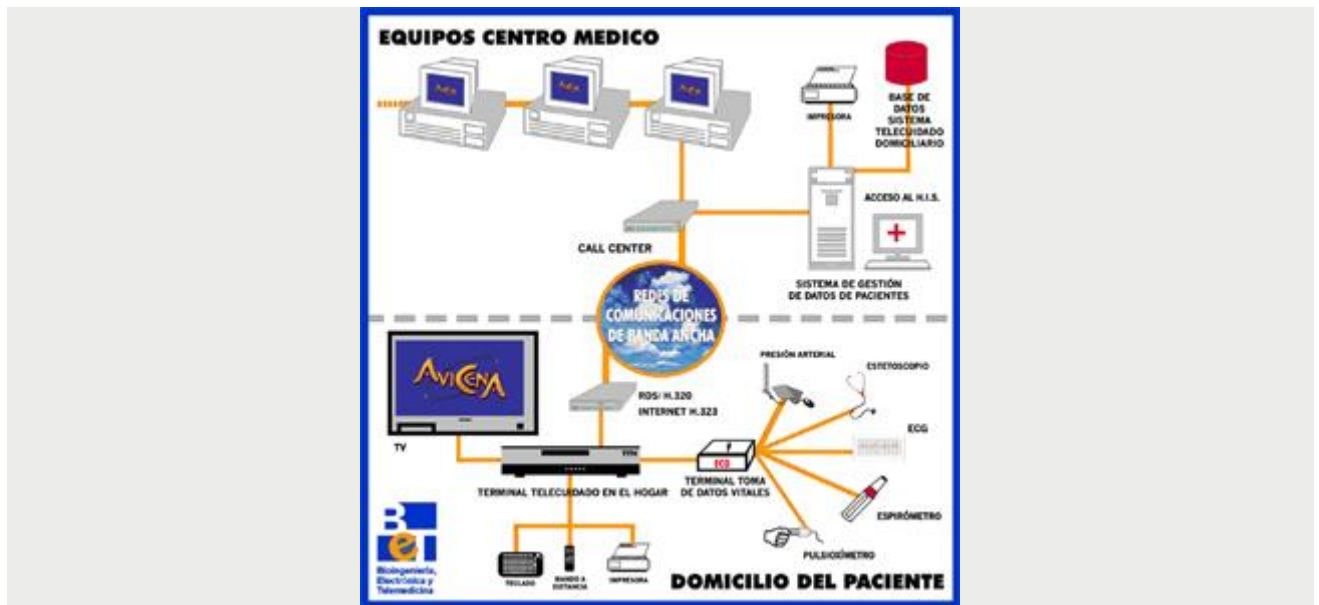
- Repercusión sobre la situación previa.

Se pretende que la enfermedad afecte mínimamente en la vida de la persona anciana. Hay que intentar volver a la situación previa a su enfermedad y, para ello, puede actuar sobre distintos aspectos:

- Promover el máximo de movilidad y autonomía en cuanto la situación física lo permita. El enfermo se sentará en seguida y se debe motivar para que realice las actividades de autocuidados.
- Rehabilitación de las capacidades perdidas a consecuencia de la enfermedad. Son de vital importancia la fisioterapia y la terapia ocupacional centrada en las actividades de la vida diaria.
- Evitar que el paciente quede aislado y sin estímulos para prevenir estados depresivos y síndrome confusional. Es necesario tratar a los enfermos de forma afectuosa y con respeto, facilitar las visitas de familiares y amigos, así como la organización de actividades recreativas y lúdicas.
- Adaptar el entorno del anciano a su incapacidad para que pueda volver al lugar donde antes vivía. Esto puede implicar algunas modificaciones en el hogar, como los pasamanos, asideros y adaptadores en el baño, sillones adecuados, adaptadores para las comidas...



- Las ayudas de instituciones, voluntariado, teleasistencia...permiten que las personas ancianas discapacitadas continúen en sus domicilios.



- Limitación en el acceso a los tratamientos

- La edad no debe condicionar el acceso a los distintos tratamientos: cirugía, medicación... Las decisiones en este sentido se basan en la valoración geriátrica completa y, por supuesto, en la opinión del paciente y de su familia, que deben estar adecuadamente informados.

- Enfermedad Terminal

En geriatría son frecuentes las situaciones clínicas irreversibles, por ejemplo, cáncer sin tratamiento curativo posible o demencias muy evolucionadas. Cuando no se puede curar al enfermo, es imprescindible un tratamiento sintomático y de apoyo psicológico y social al paciente y su familia.

- La formación de cuidadores y familiares

Es un aspecto fundamental para garantizar la continuidad en la atención que requiere la persona mayor. La enseñanza la deben impartir los profesionales que lo cuidan que han de pensar que la familia desconoce las cosas más elementales sobre este tipo de cuidados (cambios posturales, manejo de sondas...)

5. En el pronóstico y las complicaciones:

- Peor pronóstico

Las enfermedades en las personas ancianas suelen tener un pronóstico menos favorable que en la gente joven, pues afecta a un organismo más deteriorado y con pluripatología. Sin embargo, el pronóstico guarda una relación directa con el tipo de enfermedad, la terapéutica y el estado previo del paciente y no con el hecho de que sea anciano.

Con frecuencia, el pronóstico es mucho mejor de lo que se cree.

- Evolución más lenta

La curación completa requiere más tiempo y generalmente es necesario un periodo de rehabilitación para evitar el deterioro funcional.

- Las complicaciones son más habituales.

Son frecuentes el inmovilismo, la incontinencia, el cuadro confusional agudo, la depresión, las caídas, las úlceras por presión, la desnutrición y el estreñimiento. Si la atención es buena, aparecen muchas menos complicaciones. En la medicina actual, dos grandes ramas del conocimiento han tomado especial interés en los últimos años, por un lado la medicina de la emergencia, y por otro la medicina geriátrica.

Para el primero, la medicina de emergencia ha evolucionado como una Especialidad Médica con características particulares propias del lugar donde se desarrolla, el departamento de Emergencias. Tiene un lenguaje propio, actitudes distintivas de la especialidad: Disposición, Estabilización, Categorización del Riesgo o Triage. Su desarrollo es paralelo a las demandas y cambios que operan en nuestra sociedad. Las transformaciones que va sufriendo han alcanzado tal nivel de especialización que la atención realizada ofrece significativas ventajas para el paciente enfermo que consulta en situaciones de Emergencia o Urgencia.

Lo evidente es la absoluta necesidad del especialista en desarrollar herramientas adecuadas que le permitan elegir los procedimientos y estudios complementarios más adecuados para la realización de rápidos diagnósticos y que mejoren las opciones terapéuticas actuales. Aquellos que la practican se ven obligados a realizar un permanente desarrollo de nuevos protocolos médicos, ampliar el conocimiento médico que incremente la efectividad diagnóstica y terapéutica.

Su ubicación estratégica en la atención del paciente, entre atención primaria y hospitalización hacen de esta una especialidad en constante desarrollo, líder natural del grupo de salud interviniente, producto de las destrezas y conocimientos adquiridos como generalista especializado en la Emergencia.

Para el segundo es importante recordar que el fenómeno del Envejecimiento Poblacional está ocurriendo en la mayoría de los países occidentales, producto básicamente de las mejoras en las condiciones económicas, sociales y del avance de la tecnología médica. Este fenómeno implica que el número de ancianos y su proporción en la sociedad aumentan y por lo tanto incrementa su participación en el uso de los recursos sociales y de Salud. Los ancianos, vistos desde el punto de vista de la medicina asistencial, tienen características propias. Suelen sufrir múltiples problemas crónicos de salud, la enfermedad compromete seriamente sus habilidades y funcionamiento autónomo, y muchas veces la gravedad de esta discapacidad no depende tanto de la seriedad de la enfermedad sino de la multiplicidad de problemas menores, convirtiéndose entonces la discapacidad o pérdida de la función en un problema con entidad propia.

Esta nueva realidad médica, la medicina de emergencias y de ancianos se transformen en un problema significativo de la práctica cotidiana.

Planteo la **hipótesis** de que “existen peculiaridades específicas en la presentación de las enfermedades en los ancianos, así como la incidencia y motivo de consulta por la que acuden al servicio de urgencias.”

Por todo lo anteriormente expuesto planteo este estudio, con los siguientes **objetivos**:

- Identificar las causas por las que acuden a urgencias las personas mayores de 65 años.
- Analizar las causas de emergencias que aparecen en mayores de 65 años.
- Estudiar la repercusión de esta población en la utilización de los recursos sanitarios demandados.
- Identificar las peculiaridades de las emergencias en ancianos.
- Trazar posibles retos y soluciones ante las necesidades sociosanitarias y gerontológicas.
- Cómo pueden evitarse las asistencias innecesarias.
- Cómo fomentar que acudan precozmente aquellos con enfermedades agudas y en definitiva como aumentar la calidad de vida de nuestros mayores.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se trata de un **análisis de datos** descriptivo, longitudinal, retrospectivo y posterior evaluación de todas las urgencias de atención primaria que fueron atendidas en una población sevillana de 26000 habitantes durante los meses de abril, Mayo y Junio de 2005.

La **población de referencia** es una localidad rural andaluza de 23000 habitantes, localizada a 60 km de la capital (Sevilla), cuyo hospital de referencia se encuentra ubicado en la localidad de dos Hermanas (Sevilla), a 50 km.

La **población de estudio** es el conjunto de pacientes de 65 años y mayores que acuden al servicio de urgencia o solicitaron asistencia domiciliaria y recibieron atención médica en el centro o en su domicilio.

Los usuarios pueden solicitar asistencia domiciliaria bien por el teléfono único 061 y ponerse en contacto con el centro coordinador o por el teléfono de urgencias del centro.

Cumplen los **criterios de inclusión** de este estudio las personas de 65 años o más que acuden o reciben asistencia médica tanto en el centro como en el domicilio, por parte de los médicos de atención primaria o los de EPES o SAMU (empresa privada concertada con la EPES)

El **Equipo** de guardias de atención primaria dependiente del SAS cuenta con dos enfermeras, dos médicos, un celador, y una ambulancia con conductor para los avisos domiciliarios y otra para los traslados al hospital. El celador es la persona que se encarga de recoger los datos estadísticos de las personas que acuden al centro.

Por otro lado, existe la posibilidad de realizar asistencia y transporte de pacientes críticos al hospital por parte de la EPES o SAMU (concertado con EPES) tras una primera asistencia del médico del centro.

Las **variables** identificadas son:

- edad: se considerará anciano a los mayores de 65 años.
- urgencia: se considerará urgencia todo lo que el paciente percibe como tal, y como consecuencia acude al servicio o llama para que el equipo sanitario se desplace a su domicilio.
- sexo. Hombres y mujeres.
- Diagnósticos.

La técnica o herramienta de trabajo empleada será la recogida de datos estadísticos registrados en el centro de salud en ese periodo de tiempo y según los motivos de consultas por los que acude el paciente y el posterior análisis de éste.

Evaluación de las dificultades generales o específicas:

- El registro que se realiza, según el programa informático TASS, recoge la “urgencia percibida”, es decir, el motivo por el que acude el paciente a urgencias, que puede no coincidir con el diagnóstico

médico real (ejemplo: paciente que acude por sudor frío y náuseas, y en la realización del electrocardiograma aparece infarto agudo de miocardio).

- La tendencia a la cronicidad y el ritmo de curación lento de la enfermedad hace que un número determinado de mayores acudan repetidamente al servicio de urgencias con igual o similares diagnósticos, lo que puede alterar los datos estadísticos.
- La aceptación de la incapacidad por parte del paciente – familia y a negación de los síntomas origina que el mayor acuda “tarde” a pedir ayuda médica. Ejemplo. Anciano con insuficiencia cardiaca que deja de realizar cualquier ejercicio porque se cansa demasiado...el cual no acude por considerar los síntomas relativos a la edad.
- Difícil clasificación de los diagnósticos al no seguir un código de clasificación específica y/o estándar de enfermedades (CIE, clasificación internacional de enfermedades).
- Cuando el médico de urgencias realiza una derivación hospitalaria se desconoce el diagnóstico final que realizan los especialistas, la prevalencia de la enfermedad, así como el resultado de ella (curación, cronicidad, mortalidad...)
- Por las características del servicio podemos estudiar “incidencias”, es decir cada vez que acude el enfermo al servicio de urgencias será tomado como “Caso nuevo”, pero no la prevalencia de la enfermedad.
- Al estudiar el conjunto de urgencias sin distinguir los nombres de las personas, podría sobreestimarse a los habituales usuarios del servicio.

El cronograma de la investigación es el siguiente:

	Delimitación objetivos	Búsqueda fondos	Diseño metodológico	Realización investigación	Análisis datos	informes
Febrero 2005	X					
Abril, mayo, junio 2005		X	X			
Julio 2005 actualidad				X	X	X

Se ha realizado una recogida de datos según los motivos por los que acuden a consulta los mayores de 65 años, para dicha recogida de datos se ha tenido en cuenta:

- Las enfermedades más frecuentes en geriatría,
- Las complicaciones del enfermo geriátrico
- Las causas de mayor mortalidad en los ancianos.
- Las tres edades de los ancianos y sus necesidades y enfermedades.
- Las características de la atención a los ancianos desde la atención primaria.

Enfermedades más frecuentes en Geriatría

(Morbilidad en los ancianos)

1.- Las que derivan de enfermedades crónicas

<p>Enf. Aparato Cardio-Circulatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiopatía isquémica <p>-TIA, ACV, Ictus</p> <ul style="list-style-type: none"> - H.T.A. - Varices 	<p>Enf. Aparato respiratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - EPOC <p>.bronquitis</p> <p>.bronquiectasias</p> <ul style="list-style-type: none"> . asma .enfisema
<p>Enf. Endocrino-Metabólicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Diabetes mellitus II <p>-Obesidad</p>	<p>Accidentes</p> <ul style="list-style-type: none"> -Caídas <p>-Intoxicaciones medicamentosas</p>
<p>Enf. Neoplásica</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cáncer pulmón, mama, colon, próstata.... 	<p>Enf. Aparato Locomotor</p> <ul style="list-style-type: none"> -Artropatías degenerativas <p>artrosis</p> <ul style="list-style-type: none"> - Artropatías inflamatorias: <p>artritis, gota</p>
<p>Enf. Infecciosas Infecciones</p> <ul style="list-style-type: none"> -Neumonías Urinarias 	<p>Enf. Mentales</p> <ul style="list-style-type: none"> -Demencia senil <p>-Depresión</p> <ul style="list-style-type: none"> -Enf. de Alzheimer -Enf. de Parkinson
<p>Síndromes Geriátricos</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sm. inmovilidad -Caídas -Úlceras por presión -Depresión -Malnutrición -Estreñimiento -Incontinencias -Ansiedad -Insomnio -Demencias -Enf. cerebrovascular -Org. sentidos 	

2.- Las más frecuentes

-Pérdida de visión	-Pérdida audición	-Artrosis	-H.T.A.
-Enfs. cardíacas			

3.- Las más discapacitantes

-Osteoarticulares	-Demencias	-Cerebrovasculares
agudas y crónicas.		

4.- Patología psiquiátrica más frecuente

-Neurosis paranoides	-Depresión -Demencia grave	-Reacciones -
-------------------------	-------------------------------	------------------

5.-Patología con presentación más atípica

-Infarto de miocardio	sin dolor
-Neumonías	sin tos, sin fiebre
-Sepsis bacteriemias	sin fiebre
-Depresión	somatizaciones, det. cognitivo
-Abdomen agudo	confusión, anorexia, sin fiebre
-Hipotiroidismo	demencia , hipotermia
-Hipertiroidismo	IC, angina, fibrilación auricular

Complicaciones de Enf. Geriátricas

- Dependencia psíquica
- Yatrogénia por polifarmacia
- **Sm. Inmovilidad:**
 - * úlceras por decúbito
 - * incontinencias
 - * contracturas
 - * osteoporosis
 - * tromboembolismo
 - * estreñimiento, fecalomas
 - * retención secreciones

Mortalidad en los Ancianos

Según la O.M.S en los Países desarrollados		España: causas de mortalidad > de 70 años	
- Enf. Cardiovasculares	55,3	- Enf. Cardiovasculares	54,83 %
- Neoplasias	25,4	- Neoplasias	15,32
- Enf. Respiratorias	7,7	- Ap. Respiratorio	11,90
- Otras	3,2	- Mal Definidos	4,40
		- Ap. Digestivo	4,34
		- Enf. Endocrino-Metabólicas	3,01
		- Ap.	

Urinario

2,11%

- Accidentes/ envenenamientos 1,96 %

Las tres edades de los ancianos, sus necesidades y enfermedades más comunes:

Las necesidades de las personas de hasta 70 años y los cuidados que requieren son los mismos que los de las personas integradas en el grupo de prejubilados: llenar su tiempo libre, sentirse útiles, relacionarse, transmitir conocimientos y entretenerse, divertirse. Una vez cumplidos los 70-75 años de edad aparecen otras necesidades, como la de superar con buen ánimo la soledad, la de afrontar con realismo y cierta resignación la inevitable disminución de ingresos o la de solucionar las actividades cotidianas. Demandan profesionales de la salud e infraestructuras para la prevención gerontológica y precisan cuidadores, además de equipamientos domésticos que faciliten su autonomía y relaciones humanas.

La realidad, lamentablemente, es que las infraestructuras gerontológicas existentes en España no pueden hoy ofrecer las prestaciones que este sector de la población necesita. La gran repercusión de estas carencias, sobre todo en las personas más longevas (más de 80 años de edad) parece empeñarse en poner de manifiesto la necesidad de aumentar los fondos públicos y privados destinados a la población mayor.

La geriatría establece tres edades, tres grupos de ancianos cuyas dolencias pueden ser diferentes. Los mayores de 65-75 años reciben el nombre de ancianos jóvenes. Se trata de recién jubilados, pero con capacidades motrices e intelectuales a pleno rendimiento. Entre los 75-85 años se les llama ancianos. Y los de más de 85 años adquieren el rango de muy ancianos. Las enfermedades propias de los ancianos, y a las que se enfrentarán sus cuidadores, se dividen en cuatro grupos. Entre el 60% y el 80% de los mayores padecen problemas osteoarticulares, principalmente artrosis y artritis, mientras que las enfermedades cardiovasculares afectan al 50%-70% y casi un 40% sufre trastornos del sistema nervioso-cerebral. Por último, están las dolencias del aparato urinario. No obstante, las relacionadas con el sistema nervioso-cerebral, la demencia y el Alzheimer, son las que más preocupan a expertos y familiares.

Estas clasificaciones de enfermedades y edades derivan en una gran variedad de situaciones a medida que aumenta la esperanza de vida. Se incrementan las enfermedades del sistema nervioso-central, como la demencia y el Alzheimer, y las enfermedades cardiovasculares. Por ello, el objetivo es que los dos primeros grupos de edad mantengan durante el máximo tiempo posible su buen estado de salud.

La atención primaria debe caracterizarse por proporcionar:

- Una atención integral al ser humano, sin olvidar el medio ambiente en el que vive.
- Una atención integradora de todas las actividades que emanan del equipo de salud.
- Una atención continua y permanente, es decir, presta atención durante toda la vida del individuo.
- Una atención activa, que significa búsqueda, sin esperar a que se demande atención.
- Una atención que sea accesible, es decir, que permita al usuario acceso fácil y rápido a los servicios de salud.
- Una atención prestada por equipos multidisciplinar, que permita una visión rica y eficaz para la solución de los problemas de salud.
- Una atención que busque la participación del individuo y de la comunidad.
- Una atención programada y evaluable, con utilización de tecnología que permita la evaluación de todas las intervenciones.
- Una atención que estimule la docencia y la investigación para poder profundizar y desarrollar conocimientos propios de este nivel de atención.

Todos estos motivos de han analizado y recogido en el anexo 1 y clasificado de la siguiente forma:

- Problemas cardiocirculatorios.
 - Isquemia
 - HTA
 - Arritmias
 - AVC
 - otros
- Problemas respiratorios
 - EPOC

- Neumonía
- Asma
- Otros
- Complicaciones de neoplasias:
 - Pulmón
 - Mama
 - C6lon
 - Pr6stata
 - otros
- Problemas del aparato locomotor.
 - Artritis
 - Artrosis
 - Gota
 - Contractura muscular
 - Otros
- Enfermedades mentales
 - Demencias
 - S6ndrome confusional
 - Depresi6n
 - Parkinson
 - Neurosis
 - Intento autolisis
 - Otros
- Problemas del aparato digestivo:
 - Estreñimiento
 - Gastritis
 - 6lceras
- Accidentes
 - Ca6idas
 - Politraumatismos
 - Envenenamiento
- Dolor
- Fiebre
- Malestar general
- Derivaci6n hospitalaria.

Definir el universo: La poblaci6n rural de la provincia de Sevilla mayor de 65 a6os es de 3500 habitantes aproximadamente, esto supone un 12´5% de la poblaci6n.

Calcular la muestra: ser6n los mayores de 65 a6os que acuden al servicio de urgencias en los meses de abril- mayo- junio de 2005.

RESULTADOS:

A los 65 a6os la biolog6a humana empieza a mostrar signos de fatiga y enfermedades cr6nicas. El n6mero de personas mayores de 65 a6os que acuden al servicio de urgencias es el 34´64%.(ver gr6fico 1)



(gráfico1)

El número de mayores aumenta considerablemente en nuestra población sin que ello suponga una mejora de la calidad asistencial y de la propia calidad de vida del anciano si no se estructuran los recursos necesarios para establecer unas relaciones más eficientes entre los diferentes niveles de asistencia sanitaria, sanitaria y especializada y específicamente sociosanitarias.

Actualmente casi seis millones de españoles tienen más de 65 años, lo que supone el 14% del total de la población, al igual que la población de referencia estudiada. Este grupo de edad es el que mayor cantidad de recursos sanitarios consume y según la opinión del médico de atención primaria uno de cada dos pacientes de su consulta tiene más de 65 años. En nuestro estudio una de cada 3 asistencias es de mayores de 65 años y algunos estudios de asistencia hospitalaria señalan que uno de cada cuatro pacientes atendidos tenía más de 65 años.

Los mayores de 65 años de la población de Lebrija usaron tres veces más el servicio que los menores de 65 años.

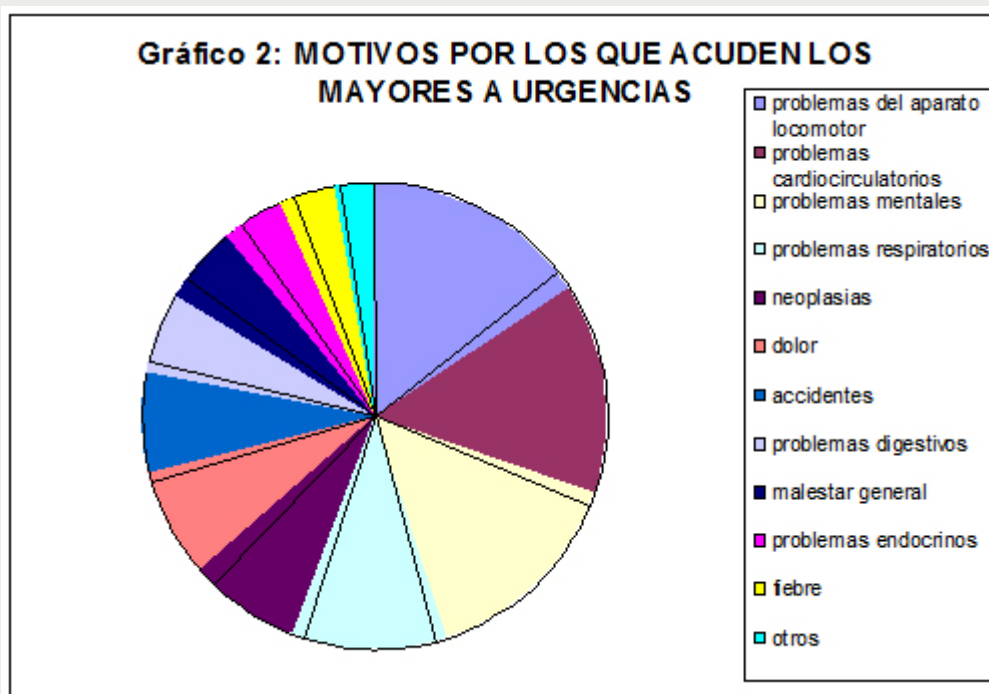
Las características de las enfermedades en geriatría son:

- 1- Afectación multiorgánica o pluripatología. En numerosas ocasiones padecen diferentes enfermedades, cuyo pronóstico empeora cuando se encuentran ambas.
- 2- La causa es multifactorial. Biológicas, psicológicas, sociales, medioambientales...
- 3- Instauración y progreso rápido de la enfermedad. Debido a las modificaciones anatomofisiológicas relacionadas con el envejecimiento y el deterioro consecuente, el avance de la enfermedad puede ser más apresurado.
- 4- Poco expresivas con manifestaciones clínicas mínimas o silentes y a veces contradictorias...con lo que es más difícil de diagnosticar.
- 5- Es muy sensible a las infecciones, a los cambios de Temperatura, deshidrataciones, anemias, desnutrición accidentes....
- 6- Mayor severidad en cuanto a la intensidad del daño tisular y complicaciones.
- 7- Irreversibilidad de la pérdida de la función orgánica, con afectación de la movilidad: Síndrome de inmovilidad.
- 8- Ritmos de curación lentos, tendencia a la cronificación.
- 9- Las respuestas adaptativas de los órganos pueden desencadenar nuevos síntomas.
- 10- Produce apatía, depresión y confusión mental.
- 11- Aceptación de la incapacidad por parte del paciente y familia. Esto es frecuente en personas con enfermedades osteoarticulares que dejan de realizar las AVD y disminuyen su independencia.
- 12- Respuestas de tipo yatrogénico (efectos secundarios: polifarmacia y automedicación).
- 13- Negación de síntomas (se quejan poco), por lo que acude al sistema sanitario de forma más tardía.
- 14- Presentan algún tipo de problema social o familiar, el cual agrava o dificulta el problema sanitario.
- 15- El **pronóstico** poco favorable depende de:
 - por las patologías que en ese momento le afectan
 - por las reservas funcionales de que dispone
 - y por el número de dependencias que presenta.

Se identificó el motivo de consulta por la que acuden las personas mayores de 65 años, en los meses de abril, mayo y junio de 2005 al servicio de urgencias de la Z.B. S estudiada, población de 26.000 habitantes. En estos meses, acude una media de 2805 personas al mes acuden al servicio de urgencias, de las cuales un 34´64 % son mayores de 65 años.

Los motivos por orden de frecuencia por los cuales acuden estas personas a urgencias son(según los grupos diferenciados): (gráfico 2):

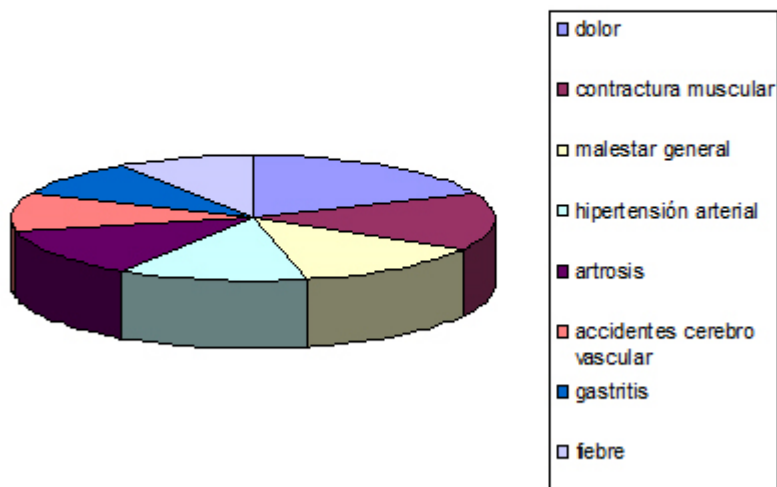
48. problemas del aparato locomotor (424 asistencias)
49. problemas cardiocirculatorios (393 asistencias)
50. problemas mentales (393 asistencias)
51. problemas respiratorios (297 asistencias)
52. neoplasias (206 asistencias)
53. Dolor (203 asistencias)
54. accidentes (189 asistencias)
55. Problemas digestivos (147 asistencias)
56. Malestar general (146 asistencias)
57. problemas endocrinos (122 asistencias)
58. fiebre (100 asistencias)
59. otros (78 asistencias)



Los motivos por orden de patología específica por las cuales acuden al centro de salud(con un total de mas de 100 asistencias registradas)son (gráfico 3):

60. Dolor (203 asistencias)
61. Contractura muscular (163 asistencias)
62. malestar general (146 asistencias)
63. hipertensión arterial (144 asistencias)
64. artrosis (141 asistencias)
65. accidente vasculocerebral (108 asistencias)
66. gastritis (102 asistencias)
67. fiebre (100 asistencias)

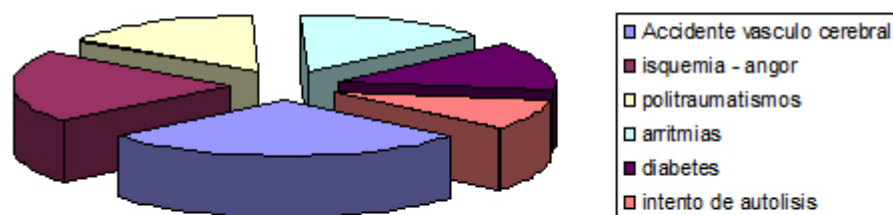
Gráfico 3: MOTIVOS POR ORDEN DE PATOLOGÍA ESPECÍFICA.



Las emergencias vitales atendidas (entendiendo emergencia vital aquella que requiere la asistencia inmediata para evitar riesgo vital del paciente) por orden de frecuencia han sido: (gráfico 4)

1. Accidente vasculocerebral (108 asistencias)
2. Isquemia- angor (81 asistencias)
3. politraumatizados (59 asistencias)
4. arritmias (57 asistencias)
5. diabetes (54 asistencias)
6. Intento de autolisis (15 asistencias)

Gráfico 4: EMERGENCIAS VITALES ATENDIDAS



DISCUSIÓN:

1. El diagnóstico es más difícil porque:
 1. Las enfermedades agudas tienen frecuentemente una presentación atípica.
 2. La falta de la colaboración del enfermo, derivadas del deterioro cognitivo que a veces presentan, impide un interrogatorio adecuado.
 3. Suelen existir una o varias enfermedades crónicas con múltiples tratamientos que suelen enmascarar las manifestaciones de la enfermedad aguda, cuyos síntomas o signos se pueden atribuir a la enfermedad crónica.
2. El tratamiento es más complicado ya que la medicación administrada puede interactuar con alguno de los medicamentos que toma o descompensar una enfermedad crónica. De esta forma son más frecuentes las complicaciones, favorecidas además por la fácil pérdida de equilibrio en el que coexisten varias enfermedades crónicas.

3. La frecuente situación de enfermo Terminal en que se encuentra el anciano hace que se presenten problemas éticos al tomar decisiones que a menudo deben ser discutidas con los familiares o responsables legales para hacer una justa utilización de los recursos sanitarios.
4. Es necesaria la recogida de datos sanitarios según un CIE (clasificación internacional de enfermedades) con el fin de estandarizar la recogida de datos, de lo que se derivaría una clasificación más fiel, y exhaustiva.
5. Hay motivos de consulta muy inespecíficos, tales como "malestar" o "fiebre" que deberían ser mejor concretados.

CONCLUSIONES .

1. Las personas de edad avanzada generan más demanda urgente que los más jóvenes.
2. Los mayores acuden más adecuadamente al servicio de urgencias hospitalarias, ya que suelen acudir por problemas más graves y urgentes.
3. Los mayores acuden menos al servicio de urgencias por iniciativa propia, siendo más frecuentemente enviados por el médico de atención primaria o urgencias extrahospitalarias.
4. los ancianos tienen mayor mortalidad en urgencias, siendo la adecuación del ingreso igual o mayor que en los más jóvenes.
5. su atención es más cara, ya que consumen más recursos (tiempo y medios materiales)
6. Por "grupos diagnósticos" hemos encontrado de mayor a menor frecuencia: problemas del aparato locomotor, problemas cardiocirculatorios, problemas mentales, problemas respiratorios, neoplasias, dolor, accidentes, problemas digestivos, malestar general, problemas endocrinos, fiebre, otros...
7. La existencia de deterioro funcional, con imposibilidad para la actividad diaria habitual y un estado socioeconómico deficiente son los factores que más influyen en la frecuentación y la vuelta precoz al servicio de urgencias.
8. Los ancianos con un nivel de cuidados adecuado en su domicilio o en una residencia de ancianos utilizarán menos, y sobre todo, necesitarán ingresos con menos frecuencia que los que no disfrutaban de estos cuidados.
9. Somos la sociedad más envejecida de Europa, pero nadie nos enseña a tratar a los mayores. No hay suficientes profesionales sanitarios y sería necesario un plan integral para enseñar a cuidar a nuestros mayores.
10. Aprender a cuidar a los mayores supondría un ahorro en dinero y recursos, ya que el desconocimiento motiva que ante cualquier eventualidad los familiares acudan a urgencias.
11. Los mayores que no desean vivir con sus familias disponen de diversas opciones. Centros de día (en los que el anciano pasa el día y regresa a su casa a la noche) residencias públicas o privadas, viviendas tuteladas, hogares de jubilado, teleasistencia y la posibilidad de que el anciano comparta su hogar con un joven (frecuentemente un estudiante que se encuentra lejos de casa).
12. Conforme aumenta la edad de la población anciana, aumenta la utilización de nuestro servicio.
13. El porcentaje de pacientes que precisa un ingreso hospitalario después de una consulta al servicio de urgencias es superior en los pacientes mayores que en los de menor edad.
14. Secundariamente al ingreso hospitalario el anciano puede perder capacidad funcional e incluso la posibilidad de volver al domicilio habitual. Estas consecuencias pueden ser más importantes en pacientes nonagenarios.
15. Los ancianos con cualquier enfermedad que obligue a consultar a los servicios de urgencias también pueden desencadenar una pérdida en la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria (AVD).
16. Cada día ingresan en los hospitales españoles pacientes que podrían tratarse sin necesidad de ser hospitalizados, debido a la falta de coordinación entre los hospitales y los servicios de emergencias o atención primaria.
17. Los mayores son los que más hospitalizaciones innecesarias protagonizan, pero no por voluntad propia.
18. Existe, por otra parte, una gran cantidad de ancianos que no acude al servicio de urgencias por considera que "lo suyo no tiene solución".
19. La probabilidad de sufrir alguna discapacidad aumenta también drásticamente a edades muy avanzadas, pero la discapacidad asociada al envejecimiento puede prevenirse o retrasarse.
20. Sería de interés cuantificar el problema de los frecuentadores e hiperfrecuentadores de los servicios de urgencias prehospitalarios.
21. El servicio de urgencias prehospitalario deberá tener un papel más relevante para la resolución de problemas, sin necesidad de acudir a las urgencias hospitalarias.
22. Sería recomendable una adecuación de los recursos con un especial apoyo a los servicios de atención a domicilio, dotándolos de elementos humanos y técnicos suficientes para poder limitar el recurso a la hospitalización.

23. La ONU entiende que las malas políticas de salud pública pueden acarrear procesos que provoquen discapacidades y el aumento de las necesidades de las personas de edad, con el aislamiento y las dependencias consiguientes.
24. El uso de ambulancias en esta población se multiplica respecto a otras, debido quizás a la lejanía respecto al hospital de referencia.
25. El origen por la que el mayor acude o solicita asistencia médica no es siempre de tipo sanitario, existe un alto porcentaje que encubre problemas sociales y psicológicos. La soledad es el mayor problema encontrado.

RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS PARA MEJORAR LA SITUACIÓN

- Realizar una recogida de datos según un CIE (clasificación internacional de enfermedades) estandarizado.
- Fomentar la ayuda a domicilio disminuye la soledad, una de las causas por las que los pacientes acuden a veces a los servicios sanitarios.
- Es necesario una valoración integral sociosanitaria del anciano, ya que muchos de las consultas son por problemas sanitarios (no urgencias).
- Además de un incremento de los medios humanos, deberíamos contar con salas algo más relajadas, apartadas del resto del barullo de urgencias, donde examinar más a fondo a los pacientes y obtener, así, un diagnóstico más adecuado sin necesidad de ingresar.
- Los SUH (Servicios de urgencias hospitalarios) deben adoptar medidas dirigidas a conseguir evitar dicha pérdida funcional de los pacientes muy ancianos que ingresan en los mismos, dado que se trata de un número importante, y en aumento, de pacientes, que se pueden beneficiar de intervenciones específicas, por personal con conocimientos geriátricos
- Potenciando una educación social para la utilización adecuada de los servicios de urgencias, una mayor formación continuada del personal de los servicios de urgencias de las patologías más frecuentes comentadas y una mayor coordinación con el nivel hospitalario mejoraría el estado de salud de la población y la competencia profesional y, por tanto, la calidad asistencial urgente prehospitalaria.

BIBLIOGRAFIA

- Formiga, f., vilader, a., salazar, a. *et al.* PACIENTES NONAGENARIOS Y CONSULTAS A URGENCIAS: CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES. *an. med. interna (madrid)*. [online]. nov. 2003, vol.20, no.11 [citado 12 julio 2006], p.52-53. disponible en la world wide web: <http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0212-71992003001100012&lng=es&nrm=iso>. issn 0212-7199.
- Pérez izquierdo jm, torres gavarra t. URGENCIAS GERIÁTRICAS PREHOSPITALARIAS. MORBILIDAD Y UTILIZACIÓN EN LA CIUDAD DE VALENCIA. *emergencias* 1999; 11: 267-73
- L. Silva García. AUXILIARES DE ENFERMERÍA. S.A.S. CONVOCATORIA JUNIO 2002. Ed. Mad. Primera edición. 2002.
- Salvat editores. DICCIONARIO MÉDICO. Ed. Masson. 4ª Edición.2002.
- Carnevali - Patrick .ENFERMERÍA GERIÁTRICA. Biblioteca Enfermería Profesional.. McGraw Hill - Interamericana. 1996 (2 vols).
- M.D. espejo arias. CUIDADOS PALIATIVOS. Serie de Enfermería cuidados avanzados. Ed. DAE. 2000.
- B. Dossier. G. Erbs. MANUAL CLÍNICO DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA. 5º Ed. Mcgraw Hill . Interamericana. 1999.
- Perry - Potter. GUÍA CLÍNICA DE ENFERMERÍA. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS BÁSICOS.. 4ª ed. Ed. Harcourt - Brace. 1998.
- M. Peya Gascons - M. Busquets. MANUAL DE PROBLEMAS ESENCIALES EN ENFERMERÍA.. 1ª ed. Ed. Mosby. 1994.
- Bruner y Suddarth. ENFERMERÍA MEDICOQUIRÚRGICA. Séptima Edición(2vols). 1994.
- Ignitavicius - Bayre ENFERMERÍA MEDICOQUIRÚRGICA. Biblioteca enfermería profesional.. (4 vols). 1995.
- R. Piríz campos, M. de la fuente Ramos. ENFERMERÍA MEDICOQUIRÚRGICA. Ed. DAE. Serie enfermería del Siglo 21. 2001.
- Harrison PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA. COMPENDIO.. 13ª Edición. Mcgraw Hill - Interamericana.
- Stinson - Dorman. ENFERMERÍA CLÍNICA AVANZADA. ATENCIÓN A PACIENTES AGUDOS.- 1º Ed. Ed. Síntesis. 1997.
- JF.j. Pérez Pareja .CIENCIAS DE LA CONDUCTA. Curso nivelación ATS..1ª Ed. UNED.