

VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL COMO HERRAMIENTA FUNDAMENTAL DE EVALUACIÓN DEL ANCIANO EN LA PUERTA DE URGENCIAS.

Noguerón García A., López Utiel M., Huedo Ródenas I., Lozoya Moreno S., Plaza Carmona L., Abizanda Soler P.

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

PALABRAS CLAVE: DETERIORO FUNCIONAL AGUDO. VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL.

INTRODUCCIÓN:

Con el marcado envejecimiento poblacional de las últimas décadas, un número cada vez mayor de pacientes ancianos, consultará por diversos motivos en el servicio de urgencias. Es **primordial realizar una valoración geriátrica integral** desde el inicio del cuadro y comprender que el deterioro funcional agudo de la persona mayor es un indicador clínico de un problema médico no resuelto, por lo que debemos de indagar qué está originando el mismo, para establecer un **alífero abordaje clínico**.

CASO CLÍNICO

Motivo de ingreso: Distensión abdominal e hiporexia.

Antecedentes Personales: Mujer de 79 años. No RAMc. DM, HTA. Cirugías previas: hernia umbilical, melanoma retroauricular desde hace 10 años. Tratamiento habitual: ácido acetilsalicílico vía oral 100 mg cada 24 horas, losartan/hidroclorotiazida 50/12.5 mg cada 24 horas, insulina humalog 16 UI, metformina 850 mg 0.5 cada 12 horas. **VGI:** Katz A IB100. L 8. FAC 5 (bastón). No caídas. No deterioro cognitivo filiado. Vive en Albacete sola.

Enf actual: Desde hace unos 15 días, la paciente comienza con **progresivo aumento de perímetro abdominal, astenia y anorexia**, con deterioro del estado general acompañante que condiciona deterioro funcional agudo.

Expl.física: MEG, cianosis labial, deshidratación moderada. Taquipneica en reposo. Tª 36.5. Sat O2 97%. TA 90,55. Fc 105. Glucemia 256. Obesidad mórbida. CyC: No IY valorable por obesidad, no soplos carotídeos, no bocio. ACP: taquicardia sinusal, con murmullo vesicular conservado. Abdomen: Blando y depresible. Muy distendido. Timpánico. Imposible palpar masas ni megalias. No dolor a la palpación. No signos de irritación peritoneal. Algún ruido metálico con silencio en hemiabdomen izquierdo. MMII: No edemas. No signos de TVP. Livideces en MMII. Tacto rectal: Gran cantidad de hemorroides externas que dejan "agua de lavar carne" al tacto, sin signos de complicación aguda evidente, con esfínter anal hipertónico que impide introducir dedo.

P.complementarias: **Laboratorio:** Gluc 228. Urea 136. Creat 1.68. Procalcitonina 0.52. GAB: pH 7.39. Lactato 27. pCO2 28. pO2 64.4. CO3H 16.8. SO2 91.7%. **Radiología:** Radiografía de tórax: Hernia de hiato. SCF libres. No condensaciones ni infiltrados. Radiografía de abdomen: Gran dilatación de colon y de asas de delgado en fosa iliaca derecha. TAC abdominal: Fecaloma con gran dilatación de sigma y marco cólico hasta ciego.



Figura 1. Placa simple de abdomen



Figura 2. TAC abdominal urgente.

EVOLUCIÓN: La paciente ingresa remitida desde Urgencias. Tras valoración del **TAC abdominal**, se intenta extraer fecaloma, sin conseguirlo por esfínter anal hipertónico. **A la llegada a nuestra planta**, la paciente presenta inestabilidad hemodinámica, con tensión arterial 85,45, taquicárdica y taquipneica y desaturación de hasta el 75%. Se inicia reposición de volumen vía intravenosa y ventilación con mascarilla reservorio. Se añade antibioterapia empírica con Piperacilina-Tazobactan y se realiza interconsulta urgente a cirugía general. A pesar de reposición hídrica, persiste situación de inestabilidad hemodinámica, por lo que se inicia perfusión de noradrenalina. La paciente es valorada por el servicio de Cirugía General, objetivando megacolon secundario a fecaloma con esfínter hipertónico con imposibilidad para tacto rectal. Se coloca sonda rectal sin salida de contenido y se **decide intervención quirúrgica urgente para dilatación anal**. Se realiza intervención con anestesia raquídea, realizándose dilatación anal, tacto rectal y lavados con suero y enemas a través de sonda rectal. Se realiza extracción de gran contenido fecaloideo y se deja sonda rectal con tapón de esponjostan. Durante el procedimiento la paciente permanece estable y es durante el postoperatorio inmediato, cuando de nuevo, la paciente presenta inestabilidad hemodinámica y desaturación por lo que se avisa a Unidad de Cuidado Intensivos, para traslado y tratamiento de soporte. Se canaliza CVC yugular derecha, por imposibilidad de canalizar vías periféricas. Sondaje vesical, profilaxis de LAMG y ETEV. Analgesia convencional. Durante las siguientes 48 horas, estabilización inicial, con discreta mejoría hemodinámica. Sin embargo persiste la distensión abdominal importante, con ausencia de peristaltismo y dolor abdominal. La paciente sufre posteriormente, **deterioro progresivo**, con nuevo empeoramiento hemodinámico y respiratorio con disnea de reposo y oliguria, ante la situación de mal pronóstico, se informa a la familia, iniciándose medidas de confort. **Finalmente, la paciente fallece.**

CONCLUSIONES:

El número de visitas a los Servicios de Urgencias Hospitalarios ha ido aumentando progresivamente en las últimas décadas, siendo este incremento mayor en los ancianos (origina el 15-25% del total de las visitas). El anciano se caracteriza por tener una mayor probabilidad de presentación atípica de enfermedades, de comorbilidad y de polifarmacia. Por ello creemos que es hora **de diseñar un plan de cuidados específico en el área del Urgencias** y, dirigido al paciente mayor, siendo imprescindible contar con la **figura del médico geriatra como clínico consultor** para este perfil de pacientes para realizar una valoración integral desde el punto de vista clínico, físico, cognitivo y social que facilite el manejo y el diagnóstico precoz del anciano.