

## ► BLOQUE 9: MISCELÁNEA

## Capítulo 37:

# Urgencias respiratorias en el paciente anciano

Autores

**Borja Ruiz Duque** FEA Neumología. Hospital Infanta Elena (Huelva).

**Isabel Muñoz Ramírez** FEA Neumología. Hospital Infanta Elena (Huelva).

**Fernando María Pérez Pérez** Médico del Centro de Emergencias Sanitarias 061 del SAS.

## Introducción

Las urgencias respiratorias en la población anciana (65-90 años según la Organización Mundial de la salud [OMS]) representan un desafío médico significativo debido a la alta prevalencia de afecciones respiratorias y a la complejidad de este grupo epidemiológico. Se considera anciano de alto riesgo a aquel paciente de >65 años con una alta probabilidad de sufrir un evento adverso, entre los que se incluyen muerte, revisita, reingreso, deterioro funcional o institucionalización. Para clasificar condiciones comórbidas que podrían alterar el riesgo de mortalidad, contamos con herramientas como el índice de Charlson y escalas breves y sencillas para identificar al anciano de alto riesgo. Entre las más conocidas podemos destacar:

### 1. Escala ISAR (*Identification of Seniors at Risk*):

La escala ISAR incluye 6 ítems sobre la dependencia funcional basal y aguda, el deterioro de la memoria, los problemas de visión, la polifarmacia y la hospitalización previa (**Tabla 1**).

La puntuación ISAR predice la mortalidad en pacientes ancianos críticos con una capacidad discriminativa comparable con otras variables predictivas<sup>1</sup>.

Tabla 1. Escala ISAR

1. Antes del proceso agudo por el que consulta a urgencias, ¿necesitaba a alguien para ayudarlo en las actividades básicas de la vida diaria de forma regular?	Sí (un punto)	No (0 puntos)
2. Después del proceso agudo actual en urgencias, ¿ha necesitado más ayuda de la habitual para cuidarse?	Sí (un punto)	No (0 puntos)
3. ¿Tiene problemas importantes de memoria?	Sí (un punto)	No (0 puntos)
4. ¿Tiene problemas de visión no corregidos por gafas o lentes?	Sí (un punto)	No (0 puntos)
5. ¿Toma 3 o más fármacos distintos al día?	Sí (un punto)	No (0 puntos)
6. ¿Ha estado ingresado en el hospital una o más noches en los últimos 6 meses (excluye visita a urgencias si la estancia es menor de 24 h)?	Sí (un punto)	No (0 puntos)
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	Anciano de alto de riesgo si ISAR $\geq 2$	

ISAR: *Identification of Seniors at Risk*.

Tabla tomada y modificada de: McCusker J, Bellavance F, Cardin S, et al. Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit: the ISAR screening tool. *J Am Geriatr Soc*. 1999;47:1229-37.

## 2. Triage Risk Screening Tool (TRST)

La TRST consta de 6 cuestiones sobre aspectos funcionales, mentales y sociales, el consumo de fármacos, el uso de los servicios hospitalarios y la recomendación profesional (Tabla 2). Ha demostrado tener una buena capacidad predictiva para identificar al paciente mayor con alta probabilidad de presentar resultados adversos tras el alta desde los servicios de urgencias.<sup>2</sup>

Tabla 2. Triage Risk screening Tool.

<b>1) Edad</b>	¿Mayor de 75 años?	Sí (un punto)
<b>2) Funcionalidad</b>	¿Tiene dificultad en la deambulaci3n, transferencias o tiene antecedentes de caídas recientes?	Sí (un punto)
<b>3) Mental</b>	¿Tiene deterioro cognitivo?	Sí (un punto)
<b>4) Social</b>	¿Vive solo o no tiene un cuidador disponible o capacitado?	Sí (un punto)
<b>5) Sensorial</b>	¿Toma 5 o más fármacos distintos?	Sí (un punto)
<b>6) Fármacos</b>	¿Ha estado en urgencias en los últimos 30 días o ingresado en el hospital en los últimos 3 meses?	Sí (un punto)

Se considera anciano de riesgo el que tiene una puntuaci3n global igual o mayor de 2.

Tabla tomada y modificada de: Meldon SW, Mion LC, Palmer RM, et al. A brief risk stratification tool to predict repeat emergency department visits and hospitalizations in older patients discharged from the emergency department. *Acad Emerg Med*. 2003;10:224-32.

## Aproximaci3n diagn3stica a las urgencias respiratorias en el paciente anciano

Los cambios anatómicos y funcionales relacionados con la edad en el sistema respiratorio (Tabla 3) contribuyen a una mayor frecuencia de neumonía, una mayor probabilidad de hipoxia y una disminuci3n del consumo máximo de oxígeno en las personas mayores. La reagudizaci3n de los problemas cr3nicos cardiorres-

piratorios son el proceso intercurrente más frecuentemente diagnosticado en el anciano en los servicios de urgencias hospitalarias y la enfermedad aguda actúa en el anciano frágil como desencadenante de episodios adversos<sup>1</sup>. A continuación, solo describiremos situaciones particulares respiratorias a tener en cuenta en pacientes de edad avanzada.

**Tabla 3. Cambios anatómicos y alteraciones funcionales asociados al envejecimiento.**

<b>Pérdida de tejido elástico y sustitución por fibras de colágeno a nivel de las vías aéreas</b>	<b>Aumento del espacio muerto anatómico</b>
<b>Mayor rigidez de la caja torácica</b>	<b>Disminución de reservas funcionales (FEV<sub>1</sub>, FVC)</b>
<b>Pérdida de fuerza de los músculos respiratorios</b>	<b>Aplanamiento diafragmático. Tos menos vigorosa</b>
<b>Alteraciones sobre el epitelio respiratorio</b>	<b>Pérdida de aclaramiento mucociliar. Menor movilización de secreciones</b>

FEV<sub>1</sub>: volumen espiratorio forzado en un segundo; FVC: capacidad vital forzada.

Tabla tomada y modificada de George E, Taffet M. Normal Aging. 2023. In: UpToDate Kenneth E Schmader, MD (Ed) (Acceso: 18 de diciembre de 2023).

### 1. Insuficiencia cardíaca:

La prevalencia de insuficiencia cardíaca tiene una mayor proporción en la población anciana, alcanzando cifras del 22% en mayores de 80 años, mientras que en ancianos con enfermedad coronaria o insuficiencia cardíaca grave, la prevalencia de fragilidad es del 50%, lo cual incrementa la mortalidad y el riesgo cardiovascular. La disnea de esfuerzo, la ortopnea y la disnea paroxística nocturna son síntomas que deben hacer sospechar insuficiencia cardíaca, pero debemos tener en cuenta la clínica "atípica" en este grupo de pacientes, que sumado a sus altas comorbilidades o a los cambios del envejecimiento, pueden camuflarse dentro de síndromes geriátricos y disminuir la especificidad de los síntomas clásicos de la insuficiencia cardíaca<sup>3</sup>.

### 2. Infecciones respiratorias:

Las infecciones respiratorias en los ancianos son una de las principales causas de visitas a urgencias. Los cambios fisiológicos relacionados con el envejecimiento los hacen más propensos a contraerlas, y las etiologías varían en este grupo de edad (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, gérmenes atípicos y Gram negativos en pacientes no hospitalizados). Se deben individualizar las escalas de estratificación de la gravedad para la toma de decisiones (*Pneumonia Severity Index* [PSI] y CURB-65) ya que para esta población presentan sus limitaciones.

El diagnóstico debe estar basado en la historia clínica y exploración física, pero en los pacientes ancianos hay que tener en cuenta que la clínica puede no ser la clásica de tos, expectoración, fiebre y disnea, y deberá sospecharse ante otros síntomas más atípicos como síndrome confusional, afectación del estado general, cuadro constitucional y fiebre. En el tratamiento empírico se recomienda el uso de un betalactámico activo con macrólido asociado. Asimismo, si el paciente se en-

cuentra grave se recomienda una cefalosporina de tercera generación con efecto antipseudomonas más un macrólido o una quinolona ajustada a función renal (Capítulo 8)<sup>4</sup>.

### **3. Enfermedad tromboembólica venosa (ETEVE)**

La disnea de inicio repentino, el dolor torácico pleurítico y la hemoptisis son los síntomas clásicos del tromboembolismo pulmonar (TEP). Sin embargo, debemos recordar que el TEP en la gran simuladora, por lo que es importante la sospecha. En el caso de la población anciana, es importante destacar que la especificidad del dímero (DD) disminuye con la edad, por lo que se debe utilizar el DD ajustado por edad, definido como la edad del paciente x10 µg/l. Con respecto a aspectos terapéuticos, la edad avanzada es considerada un factor de riesgo de hemorragia. El límite de edad se define de diversas formas como >60, >65, >75 o >80 años y el aumento del riesgo es aproximadamente lineal. Sin embargo, el riesgo de hemorragia atribuible a la edad avanzada a menudo se sobreestima y los anticoagulantes se infrautilizan en personas mayores que pueden obtener más beneficios que las personas más jóvenes. En todos los pacientes con diagnóstico de ETEVE la decisión de anticoagular debe individualizarse. Para ello la aplicación de escalas (Registro Informatizado de Pacientes con la Enfermedad Tromboembólica [RIETE]) de riesgo hemorrágico en población con ETEVE es de utilidad, junto una selección adecuada del agente anticoagulante ajustado a función renal<sup>5</sup>.

### **Aspectos terapéuticos generales**

En el paciente anciano es importante establecer un plan de cuidados individualizado contemplando algunos objetivos como son:

- 1.** Tener en cuenta la fragilidad y las comorbilidades como facetas a tratar.
- 2.** Prevenir la pérdida de funcionalidad y la dependencia asociadas a la comorbilidad. Realizar movilización temprana y establecer planes de fisioterapia respiratoria durante el ingreso para incentivar la rehabilitación precoz.
- 3.** Vigilar la nutrición y el ciclo vigilia/sueño.
- 4.** Destacar los principios de prescripción farmacológica a la hora de indicar un tratamiento. La polifarmacia, la mala adherencia terapéutica y las variaciones farmacocinéticas y farmacodinámicas asociadas al envejecimiento hacen del colectivo anciano uno de los más afectados por los problemas relacionados con la medicación.
- 5.** Establecer un techo terapéutico en consenso con familiares y resto de especialistas en los pacientes en los que nos planteemos un manejo conservador de cara a evitar medidas potencialmente fútiles<sup>6-7</sup>.

## Resumen



### RECORDAR QUE

- La descompensación de los problemas crónicos cardiorrespiratorios son el proceso más frecuentemente diagnosticado en el anciano frágil.
- Se debe realizar una anamnesis exhaustiva teniendo en cuenta la clínica "atípica" que pueden presentar estos pacientes.
- Revisar el tratamiento farmacológico y ajustar dosis según pautas de farmacología.



### QUÉ NO HACER

- No apoyarnos en otras especialidades para un enfoque geriátrico.
- Realizar una anamnesis sin conocer el estado general previo del paciente (aplicar escalas validadas).
- No establecer un techo terapéutico.

1. McCusker J, Bellavance F, Cardin S, *et al.* Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit: the ISAR screening tool. *J Am Geriatr Soc.* 1999;47:1229-37.
2. Meldon SW, Mion LC, Palmer RM, *et al.* A brief risk stratification tool to predict repeat emergency department visits and hospitalizations in older patients discharged from the emergency department. *Acad Emerg Med.* 2003;10:224-32.
3. Franco J, Formiga F, Chivite D, *et al.* Insuficiencia cardiaca aguda en el anciano: características clínicas y mortalidad según la fracción de eyección ventricular izquierda. *Revista Colombiana de Cardiología.* 1 de mayo de 2017;24(3):250-4.
4. Graziani Noriega D, Ampuero López A. Protocolo diagnóstico y tratamiento empírico en urgencias de las infecciones broncopulmonares en los ancianos y en pacientes inmunosuprimidos. *Medicine (Spain).* 1 de octubre de 2018;12(64):3741-50.
5. Otero R JLBD. Enfermedad tromboembólica venosa. En: *Manual de Neumología y Cirugía Torácica.* 4.a ed. 2021.
6. George E, Taffet M. Normal Aging. 2023. In: UpToDate Kenneth E Schmader, MD (Ed) (Acceso: 18 de diciembre de 2023).
7. Bibiano C GSMIC. Anciano en Urgencias. En: *Manual de Urgencias.* 3.a ed. Madrid: grupo SANED ISBN: 978-84-978-84-16831-98-2; 2018. p. 161-86.