Geriatría en Urgencias

Cristina Bermejo Boixareu
Especialista Geriatría
H. Puerta de Hierro Majadahonda

- El paciente mayor en urgencias
- Intervenciones de Geriatría en Urgencias
- Intervenciones en H. Puerta de Hierro
- Conclusiones

GERIATRÍA EN URGENCIAS

Hospital Universitario
Puerta de Hierro
Majadahonda

- Los mayores de 65 años suponen el 26% de las personas que acuden a las urgencias hospitalarias

- Son el 40% de los ingresos hospitalarios por esta vía: Generan proporcionalmente al menos el doble de ingresos que los adultos de menor edad (27% frente al 13%) y se triplica en población mayor de 80 años

PACIENTE MAYOR EN URGENCIAS

EL ANCIANO EN URGENCIAS

- Presentación atípica
- Falta de colaboración del enfermo
- Realización de mayor número de pruebas complementarias que favorecen errores en el enfoque diagnóstico tanto por defecto como por exceso.
- Las enfermedades crónicas con múltiples tratamientos pueden enmascarar las manifestaciones de la enfermedad aguda.
- El tratamiento es más complicado: puede interaccionar con alguno de los medicamentos que toma o descompensar una enfermedad crónica.

PACIENTE MAYOR EN URGENCIAS

Vilpert *et al. BMC Health Services Research* 2013, **13**:344
http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/344

BMC Health Services Research

Table 1 Characteristics of emergency department visits (numbers and percentages) by patients aged 65–84 years vs. 85 years and over, 2005 and 2010

		2005			2010			Z-Test 2005/2010 P value	
		65–84 years	85+ years	Chi2 P value	65-84 years	85+ years	Chi2 P value	65–84 years	85+ years
ED visits[a]		6,327 (76.9%)	1,901 (23.1%)	*	7,618 (73.3%)	2,772 (26.7%)	*	*	*
Sex	Male	3,004 (47.5%)	602 (31.7%)	*	3,858 (50.6%)	963 (34.7%)	*	*	
	Female	3,323 (52.5%)	1,299 (68.3%)		3,760 (49.4%)	1,809 (65.3%)		*	
Marital status	Married	2,965 (46.9%)	432 (22.7%)	*	3,858 (50.6%)	796 (28.7%)	*	*	*
	Other[b]	3,362 (53.1%)	1,469 (77.3%)		3,760 (49.4%)	1,976 (71.3%)		*	*
Residence	Home	5,634 (89.2%)	1,582 (83.3%)	*	6,714 (88.2%)	2,262 (81.6%)	*		
	Nursing home	237 (3.8%)	228 (12.0%)		328 (4.3%)	370 (13.5%)			
	Transfer[c]	445 (7.1%)	90 (4.7%)		572 (7.5%)	139 (5.0%)			
Triage level[d]	<= 15 min	2,828 (44.7%)	841 (44.2%)		3,427 (45.4%)	1,078 (44.1%)			
	> 15 min	3,499 (55.3%)	1,060 (55.8%)		4,113 (54.6%)	1,369 (55.9%)			
Reason for ED visit[d,e]	Cardiovasc. conditions	1,245 (19.7%)	344 (18.1%)	*	1,431 (19.0%)	389 (15.9%)	*		
	Trauma	1,052 (16.6%)	497 (26.1%)		1,173 (15.6%)	583 (23.8%)			
	Respiratory conditions	829 (13.1%)	/		/	/		/	/
Disposition	Hospital admission[c]	3,871 (62.4%)	1,254 (68.4%)	*	4,478 (58.8%)	1,935 (69.8%)	*	*	
	Home discharge	2,127 (34.3%)	407 (22.2%)		2,893 (38.0%)	608 (21.9%)		*	
	Nursing home discharge	153 (2.6%)	145 (7.9%)		192 (2.5%)	198 (7.2%)			
	In-ED death	56 (0.9%)	29 (1.6%)		53 (0.7%)	30 (1.1%)			
Length of ED stay (hours and minutes)	Mean ± SD	12 h 58 m (±13.1)	14 h 46 m (±13.1)	*[f]	12 h 12 m (±12.8)	15 h 56 m (±14.8)	*[f]	*	*
	Median	6 h 52 m[h]	8 h 51 m[h]		6 h 37 m[h]	9 h 13 m[h]		*[g]	*[g]
Return to ED within 30 days after ED discharge	Discharge from ED to home/ nursing home	230 (3.6%)	51 (2.7%)		383 (5.0%)	95 (3.4%)	*		
	Discharge after hospital admission	220 (3.5%)	63 (3.3%)		284 (3.7%)	118 (4.3%)			
	No return	5,877 (92.9%)	1,787 (94.0%)		6,951 (91.2%)	2,559 (92.3%)		*	*

PACIENTE MAYOR EN URGENCIAS

Hospital Universitario
Puerta de Hierro
Majadahonda

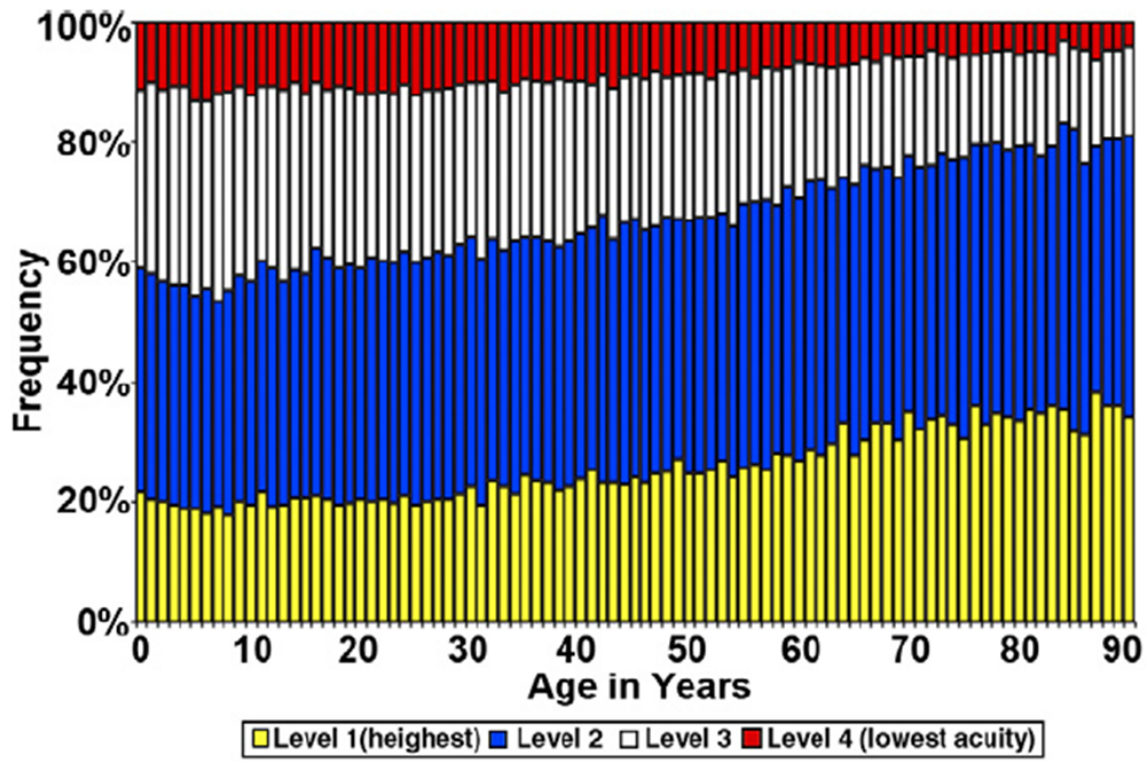


Figure 2. Weighted distribution of triage categories by age.

Green SM. Emergency department patient acuity varies by age. Ann Emerg Med 2012; 60: 147-51

PACIENTE MAYOR EN URGENCIAS

Hospital Universitario
Puerta de Hierro
Majadahonda

- Un 43.9% revisita el SUH en los siguientes 6 meses, con mayor probabilidad en los primeros 30 días.
- El 13-18% ingresaban en el hospital en los 90 días siguientes a la visita al SUH.
- Se institucionalizaba el 2.6%
- Mortalidad del 4.1%.

Gruneir A, Silver MJ, Rochon PA. Emergency department use by older adults. A literature review on trends, appropriateness and consequences of unmet health care needs. *Med Care Res Rev 2011; 68(2): 131-155*.

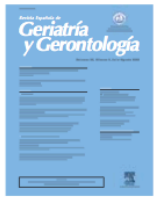
Efectos adversos tras visita SUH

Rev Esp Geriatr Gerontol. 2010;**45(1)**:19–21

ELSEVIER DOYMA

Revista Española de Geriatría y Gerontología

www.elsevier.es/regg



ORIGINAL BREVE

Efectividad de la revaloración de ingresos de pacientes con mala situación funcional

Cristina Alonso Bouzón [a,*], Roberto Petidier Torregrossa [a], Pedro Paulo Marín Larraín [b] y Leocadio Rodríguez Mañas [a]

[a] *Servicio de Geriatría, Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España*
[b] *Programa de Geriatría y Gerontología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile*

62,3% de altas sobre pacientes pendientes de ingreso con CRF>4 y CRM>4

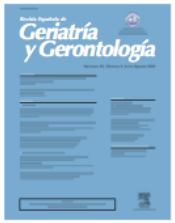
Intervenciones de Geriatría

Rev Esp Geriatr Gerontol. 2010;**45(6)**:358–359

ELSEVIER DOYMA

Revista Española de Geriatría y Gerontología

www.elsevier.es/regg



CARTAS AL EDITOR

Valoración geriátrica en los pacientes mayores de 75 años ingresados en la unidad de observación de urgencias

Geriatric assessment of patients over 75 years-old admitted to an emergency department observation unit

mayor de 75 años ubicado en dicha unidad asistencial de 8–15 h y fue llevado a cabo por 2 médicos adjuntos con formación especializada en Geriatría del Servicio de Urgencias y 2 residentes del Servicio de Geriatría. La cobertura del programa era de lunes a viernes, y su duración fue de aproximadamente 2 meses.

Se incluyó un total de 148 pacientes con una edad media de

Martín FJ, Fernández C, Fuentes M, González JJ, Ribera JM. Valoración geriátrica en los pacientes mayores de 75 años ingresados en la unidad de observación de urgencias. Rev Esp Geriatr Gerontol 2010; 45(6): 358–359

Intervenciones de Geriatría

Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;**44(4)**:175–179

ELSEVIER DOYMA

Revista Española de Geriatría y Gerontología

www.elsevier.es/regg

Original/Sección clínica

Unidad de observación de urgencias para pacientes geriátricos: beneficios clínicos y asistenciales

Teresa Pareja *, Mercedes Hornillos, Miriam Rodríguez, Javier Martínez, María Madrigal, Coro Mauleón y Bárbara Álvarez

Sección de Geriatría, Hospital Universitario de Guadalajara, Universidad de Alcalá, España

VGI. Disminución del 18,2% de ingresos

Pareja T, Hornillos M, Rodríguez M, Martínez, J, Madrigal M, Mauleón C, Álvarez B. Unidad de observación de urgencias para pacientes geriátricos: beneficios clínicos y asistenciales. Rev Esp Geriatr Gerontol 2009; 44(4):175–179

Intervenciones de Geriatría

Hospital Universitario
Puerta de Hierro
Majadahonda

Original article

Geriatric consultation service in emergency department: how does it work?

Terry Man Yue Yuen,[1] Larry Lap Yip Lee,[1] Ikea Lai Chun Or,[1] Kwai Lin Yeung,[1] Jimmy Tak Shing Chan,[1] Catherine Pui Yuk Chui,[2] Emily Wai Lin Kun[2]

- Valoración por equipo geriátrico, derivado por médico del SUH, basándose en protocolo.
- Reducción de ingresos agudos del 85% (47% a domicilio, 38% convalecencia).
- Escasos eventos adversos (1.6%)

Yuen TM, Lee LY, Or IL, Yeung KL, Chan JT, Chui CP, Kun EW. Geriatric consultation service in emergency department: how does it work? Emerg Med J 2013; 30:180–5.

Intervenciones de Geriatría

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

- Menor número de ingresos hospitalarios en 30 días
- Reducción en el número de visitas al SUH en 18 meses
- Menor deterioro funcional y cognitivo

Hastings SN, Heflin MT. A systematic review of interventions to improve outcomes for elders discharged from the emergency department. Acad Emerg Med 2005; 12: 978–86

- Las intervenciones realizadas en la comunidad con mayor seguimiento ofrecen los **mejores resultados**.

McCusker J, Verdon J. Do geriatric interventions reduce emergency department visits? A systematic review. J Gerontol 2006; 61ª (1): 53-62

- Liderazgo de enfermería.
- Despistaje de alto riesgo
- Valoración Geriátrica Integral selectiva. Multidisciplinar

Sinha SK, Bessman ES, Flomenbaun N, Leff B. A systematic review and qualitative analysis to inform the development of a new Emergency Department-based geriatric case management model. Ann Emerg Med 2011; 57: 672-82

Intervenciones de Geriatría

European Geriatric Medicine 3 (2012) 261–263

ELSEVIER

Available online at
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com/en

Specific care programme for the elders

An Acute Care for Elders (ACE) unit in the emergency department

G. Ellis [a,*], C.-A. Jamieson [b], M. Alcorn [a], V. Devlin [c]

[a] Medicine for the Elderly, Monklands Hospital, Airdrie ML6 0JS, Scotland
[b] Wishaw General Hospital, Wishaw ML2 0DP, Scotland
[c] Programme Lead Service Improvement and Clinical Governance, Emergency Care, NHS Lanarkshire, Kirklands Hospital, Bothwell G71 8BB, Scotland

- Altas inmediatas (17.1% and 7.7% "after", P < 0.0005).
- Access to specialty beds on the day of admission was significantly different (71% and 60% "after", P = 0.019).

Intervenciones de Geriatría

A controlled evaluation of comprehensive geriatric assessment in the emergency department: the 'Emergency Frailty Unit'

SIMON PAUL CONROY[1], KHARWAR ANSARI[2], MARK WILLIAMS[2], EMILY LAITHWAITE[3], BEN TEASDALE[2],

Mean monthly figure	Age category	Control group (%)	Transition period (%)	Intervention group
ED conversion rate	16–64	1,592/6,983 (22.8)	1,491/6,620 (22.5)	1,166/6,720 (17.4)
	65–74	348/716 (48.6)	352/715 (49.2)	338/775 (43.6)
	75–84	507/830 (61.1)	529/857 (61.7)	520/962 (54.1)
	85+	444/638 (69.6)	463/672 (68.9)	461/753 (61.2)
Seven days readmission rate (all attendees)	16–64	536/6,983 (7.7)	467/6,620 (7.1)	439/6,720 (6.5)
	65–74	40/716 (5.6)	38/715 (5.3)	35/775 (4.5)
	75–84	38/830 (4.6)	37/857 (4.3)	37/962 (3.8)
	85+	30/638 (4.7)	28/672 (4.2)	25/753 (3.3)
Thirty day readmission rate (all attendees)	16–64	938/6,983 (13.4)	813/6,620 (12.3)	731/6,720 (10.9)
	65–74	80/716 (11.2)	77/715 (10.8)	67/775 (8.6)
	75–84	95/830 (11.4)	94/857 (11.0)	85/962 (8.8)
	85+	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Ninety day readmission rate (all attendees)	16–64	1,451/6,983 (20.8)	1,296/6,620 (19.6)	1,172/6,720 (17.4)
	65–74	135/716 (18.9)	131/715 (18.3)	130/775 (16.8)
	75–84	181/830 (21.8)	177/857 (11.0)	176/962 (18.3)
	85+	166/638 (26.0)	147/672 (21.9)	150/753 (19.9)

Conroy SP, Ansari K, Williams M, Laithwaite E et al. A controlled evaluation of comprehensive geriatric assessment in the emergency department: the 'Emergency Frailty Unit'. Age Aging 2014; 43: 109-14.

Disminución de reingresos

Hospital Universitario
Puerta de Hierro
Majadahonda

Marsden *et al. BMC Geriatrics* (2017) 17:76
DOI 10.1186/s12877-017-0462-z

BMC Geriatrics

STUDY PROTOCOL Open Access

A structure, process and outcome evaluation of the Geriatric Emergency Department Intervention model of care: a study protocol

Elizabeth Marsden[1,2*], Andrea Taylor[1,2], Marianne Wallis[2], Alison Craswell[2], Marc Broadbent[2], Adrian Barnett[3], Kim-Huong Nguyen[4], Julia Crilly[5,6], Colleen Johnston[2] and Amanda Glenwright[7]

Evidencia del papel de enfermería.

Intervención de Geriatría

Hospital Universitario
Puerta de Hierro
Majadahonda

- COORDINACIÓN CON RESIDENCIAS
- TRASLADOS A HOSPITALES DE APOYO
- TELEMEDICINA
- CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN
- UNIDAD DE ATENCIÓN AL PACIENTE INSTITUCIONALIZADO

URGENCIAS PUERTA DE HIERRO

Potentially Avoidable Hospitalizations of Nursing Home Residents: Frequency, Causes, and Costs

40% se habrían evitado si hubieran sido evaluados por un médico y/o enfermera en las 24 horas siguientes.

15% de ingresos hospitalarios se hubieran evitado si se hubiera tenido la disponibilidad de test de laboratorios con resultados en menos de tres horas.

Resc							All Nursing Homes (N = 20 Homes; 134 Potentially Avoidable Hospitalizations)		
							revent	Very or Somewhat Helpful	Not Helpful
Physician or physician extender present in nursing home at least 3 days per week	13 (17)	60 (79)	(4)	8 (14)	47 (81)	3 (5)	21 (16)	107 (80)	6 (4)
Nurse practitioner availability on a regular basis	5 (7)	68 (89)	3 (4)	5 (9)	50 (86)	3 (5)	10 (7)	118 (88)	6 (4)
Examination by physician, nurse practitioner, or physician assistant within 24 hours	34 (45)	35 (46)	7 (9)	20 (34)	35 (60)	3 (5)	54 (40)	70 (52)	10 (7)
Registered nurse providing care (vs a licensed practical nurse or nursing assistant)	3 (4)	68 (89)	5 (7)	5 (9)	46 (79)	7 (12)	8 (6)	114 (85)	12 (9)
Availability of laboratory tests within 3 hours	12 (16)	57 (75)	7 (9)	8 (14)	42 (72)	8 (14)	20 (15)	99 (74)	15 (11)
Intravenous therapy	16 (21)	45 (59)	15 (20)	14 (24)	33 (57)	11 (19)	30 (22)	78 (58)	26 (19)
Pulse oximetry	1 (1)	44 (58)	31 (41)	2 (3)	34 (59)	22 (38)	3 (2)	78 (58)	53 (40)
Respiratory therapy	1 (1)	28 (37)	47 (62)	7 (12)	24 (41)	27 (47)	8 (6)	52 (39)	74 (55)
Psychiatric consultation	0 (0)	9 (12)	67 (88)	0 (0)	8 (14)	50 (86)	0 (0)	17 (13)	117 (87)
Blood products	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	10 (7)	118 (88)
Total parenteral nutrition	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	9 (7)	125 (93)
Patient-controlled analgesic pu	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	9 (7)	124 (93)

22,4% se podrían haber evitado si la residencia hubiera tenido tratamiento intravenoso disponible.

JAGS 58:627–635, 2010

RESULTADOS

AÑO	TOTAL	EDAD>75	%>75	INSTITUCIO-NALIZADOS	%INSTITUCIO-NALIZADOS
2011	117.164	16.964	14,48	4.859	4,1
2012	114.431	18.259	15,96	5.003	4,3
2013	114.558	18.874	16,48	4.432	3,8
2014	117.215	19.255	16,43	4.765	4

2012
2013
2014

Al inicio: 12 centros sociosanitarios (2.333 residentes)
Al final del 2014: 23 residencias (4058 residentes)

233 Tratamiento parenteral

50 Ingresos Anulados

1.716 Registro Llamadas

Servicio de Admisión

REGISTRO LLAMADAS

Años	Frecuencia	Porcentaje
2012	501	29,2
2013	598	34,8
2014	617	36
Total	1716	100

Motivo de la llamada

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos		10	,6	,6
	adelantar cita con especialista	31	1,8	2,4
	consulta médica con otro especialista	69	4,0	6,4
	consulta médica resuelta por nosotros	321	18,7	25,1
	facilitar contacto con especialista del hospital	61	3,6	28,7
	informar derivación al hospital	373	21,7	50,4
	informar sobre paciente hospitalizado	13	,8	51,2
	otros	34	2,0	53,1
	preguntar por evolución intrahospitalaria	503	29,3	82,5
	preguntar por resultados de pruebas	86	5,0	87,5
	reclamación a la residencia	10	,6	88,1
	solicitar tratamiento iv u oxigenoterapia	205	11,9	100,0
	Total	1716	100,0	

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

CODIFICACIÓN GRDS

DATOS BRUTOS

	Periodo Análisis	Variación Abs
Altas Brutas	278	278
Estancia Media Bruta	0,83	0,83
PM Bruto	1,3223	1,3223
EN Norma Bruta	8,9	8,9
Diferencia Norma	-8,07	-8,07
EMAC Bruta	1,05	1,05
EMAF Bruta	7,61	7,61
IEMA Bruto	0,1091	0,1091
Índice Casuístico	0,8554	0,8554
Índice Funcional	0,1178	0,1178
Impacto (Estancias Evitables) – Brutas	-1.885	-1.885

1.013.102,17 EUROS

993.876

+47.792

-28.565,83

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela

Geriatría

- Unidad Geriátrica de Agudos (UGA)
- Unidad de Media Estancia (UME)
- Hospital de Día Geriátrico
- Asistencia Geriatrica Domiciliaria (AGD)

Medicina Interna

Rehabilitacion

UCI

Cirugía General y Traumatología

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

Hospital Carlos III

- Cardiología
- Cirugía general
- Digestivo
- Enfermedades infecciosas
- Medicina interna
- Neumología
- UCI

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

Hospital de Guadarrama

U. Crónicos Reagudizados (UCR)

U. Media Estancia (UME)

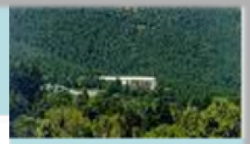
U. Cuidados Continuados (UCC)

U. Cuidados Paliativos (UCP)

U. Neumología (UNE)

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

Hospital de La Fuenfría



TRASLADOS A HOSPITALES

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

UAPI

La Unidad de Atención al Paciente Institucionalizado (UAPI), es un proyecto organizativo, para ofrecer una asistencia multidisciplinar a pacientes que viven en el entorno residencial pluripatológicos y polimedicados, con grados variables de fragilidad que van a requerir atención hospitalaria urgente.

Hospital Universitario
Puerta de Hierro
Majadahonda

UAPI

12 camas de observación

RECURSOS MATERIALES

Hospital Universitario
Puerta de Hierro
Majadahonda

UAPI

- Médicos de urgencias
- Enfermeras de urgencias
- Enfermeras de continuidad asistencial
- Farmacia
- Auxiliares de enfermería
- TIGA

RECURSOS PERSONALES

UAPI

- Optimizar el manejo en urgencias
- Fomentar la recuperación funcional temprana
- Valoración fragilidad
- Valoración estado nutricional
- Agilizar toma de decisiones
- Optimizar circuitos asistenciales actuales
- Protocolos de actuación y tratamiento
- Adecuación de ingreso hospitalario y de la solicitud de pruebas
- Coordinación con residencias y hospitales de apoyo mejorando la comunicación

OBJETIVOS

UAPI

- * Menor estancia media en urgencias
- * Mas traslados a centros de apoyo
- * Menos ingresos en nuestro centro
- * Mas derivaciones a residencia con tratamiento
- * Mas control de medicación al alta y al ingreso
- * Valoración nutricional e ISAR
- * Trabajo en equipo dentro de la unidad
- * Mas satisfacción para las familias
- * Mas seguridad para el paciente
- * Atención global por el adjunto del paciente
- * Control telefónico enfermera de continuidad asistencial tras el alta

VENTAJAS

Hospital Universitario
Puerta de Hierro
Majadahonda

UAPI: Unidad de Atención al Paciente Institucionalizado del Hospital Puerta de Hierro

UAPI: Algoritmos

SERVICIO DE URGENCIAS

Coordinadora:

Dra. Rosa Capilla

SaludMadrid Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

Escalas de fragilidad UAPI HUPHM

CRITERIOS DE FRAGILIDAD DE FRIED
Pérdida de peso no intencionada 5kg o bien>5% del peso corporal en el último año
Debilidad muscular Fuerza prensora<20% del límite de la normalidad ajustado por sexo y por índice de masa corporal
Baja resistencia-cansancio Autorreferido por la misma persona e identificado por 2 preguntas de la escala Center Epidemiological Studies-Depression (CES-D)
Lentitud en la marcha Velocidad de la marcha para recorrer una distancia de 4,5m<20% del límite de la normalidad ajustado por sexo y altura
Nivel bajo de actividad física Cálculo del consumo de calorías semanales por debajo del quintil inferior ajustado por sexo

La presencia de 3 o más criterios nos indica fragilidad

Escalas de cribado del anciano de alto riesgo en los Servicios de Urgencias Hospitalarios		
Edad	≥65 años	≥75 años
Funcional	Antes del proceso agudo por el que consulta a Urgencias, ¿necesitaba a alguien para ayudarle en las actividades básicas de forma regular? Después del proceso agudo por el que consulta a urgencias, ¿ha necesitado más ayuda de la habitual para cuidarse?	¿Tiene dificultad en la deambulación, transferencias o tiene antecedentes de caídas recientes?
Mental	¿Tiene problemas serios de memoria?	¿Tiene deterioro cognitivo?
Social		¿Vive solo o no quiere un cuidador disponible o capacitado?
Sensorial	Por lo general, ¿ve bien?	
Fármacos	¿Toma 3 o más fármacos distintos al día?	¿Toma 5 o más fármacos al día?
Uso de servicios hospitalarios	¿Ha estado ingresado en el hospital una o más noches (excluyendo una visita a Urgencias) en los últimos 6 meses?	Sin tener en cuenta esta visita a Urgencias, ¿ha estado en Urgencias en los últimos 30 días o ingresado en el hospital en los últimos 3 meses?
Recomendación profesional		La enfermera cree que este paciente requiere seguimiento domiciliario por alguna razón documentada

Se considera anciano de riesgo el que tiene una puntuación global en el Identification of Senior at Rick (ISAR) o el Triage Risk Sreening Tool (TRST) igual o mayor de 2

ESCALAS

Algoritmo Neumonías UAPI HUPHM

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Cama a 45°
- Tolerancia oral si existe buen nivel de consciencia y no hay inestabilidad clínica
- Oxigenoterapia, para mantener pulsioximetría > 90%. Evitar saturación > 92% si riesgo de acidosis respiratoria
- Hidratación oral o intravenosa. Contabilizar balance hídrico
- Promover actividad física desde el primer día, comenzando con levantarse al sillón 20 minutos y aumentar de forma progresiva. Reposo sólo si fiebre, alteraciones del nivel de conciencia, inestabilidad hemodinámica o respiratoria
- Prevención, detección precoz y tratamiento de posibles complicaciones cardiacas
- Limpieza cavidad oral dos veces al día dos minutos y enjuagues con clorhexidina

MEDIDAS FARMACOLÓGICAS

- Heparina profiláctica si el paciente no está inmovilizado de forma crónica
- Mucolíticos en bronquiectasias, riesgo de atelectasia (inmovilización aguda) y fibrosis pulmonar
- Corticoides inhalados si hiperreactividad bronquial asociada. Buena higiene bucal posterior
- Omeprazol si bronquiectasias o antecedente de ERGE o hemoptisis

1. Terapia secuencial con Cefditoreno 400mg/12h
2. Amoxi-clav. 2000-125mg iv cada 8 horas. Terapia secuencial con amoxi-clav. 875-125mg vo junto con dosis extra de amoxicilina 500mg cada 8h la primera semana y posteriormente solo amoxi-clav. 875-125mg vo
3. Disfagia
4. Cultivos previos o ingresos recientes de forma empírica si paciente grave
5. Ingresos recientes, cultivos previos, bronquiectasias, corticoides prolongados y en EPOC avanzado asociado a ciprofloxacino 750mg/12 horas

PACIENTE SIN FRAGILIDAD

TTO AMBULATORIO
Cefditoreno o Amoxi-clav. + azitromicina o moxifloxacino o levofloxacino

TTO INGRESADO
Amoxi-clav. o ceftriaxona[1] + azitromicina o moxifloxacino o levofloxacino

PACIENTE CON FRAGILIDAD

FRAGILIDAD LEVE
Ceftriaxona[1] o Amoxi-clav. + azitromicina o moxifloxacino o levofloxacino

FRAGILIDAD MODERADA-SEVERA
Amoxi-clav.[2] + azitromicina o levofloxacino + clindamicina

PATÓGENOS NO HABITUALES

ENTEROBACTERIAS/ANAEROBIOS[3]
Amoxi-clav.[2] + azitromicina o levofloxacino + clindamicina

SARM[4]
Añadir linezolid

PSEUDOMONAS AERUGINOSA[5]
Piperacilina tazobactam o Cefepime o Ceftazidima + ciprofloxacino

NEUMONÍAS

ITU

Algoritmo Infección del Tracto Urinario UAPI HUPHM

CISTITIS

- Fosfomicina (trometamol) 3g/48h
- Cefditoreno 200mg/12h
- Alérgicos:
  Ciprofloxacino 500mg/12h

En varones: cefditoreno o ciprofloxacino 7-14 días

7 días, vo

PIELONEFRITIS AGUDA

RECOGER UROCULTIVO y VALORAR PREVIOS

HEMOCULTIVOS

Infección leve-moderada

- Ceftriaxona 2g/24h iv
- Amoxi-clav. 1000-125mg/8h iv
- Alérgicos:
  Ciprofloxacino 400mg/12h iv

TRAS DEFERVESCENCIA:

- Cefditoreno 400mg/12h o Cefixima 200mg/12h
- Amoxi-clav. 875-125mg/8h
- Alérgicos:
  - Ciprofloxacino 750mg/12h
  - Levofloxacino 500mg/24h

10 días, vo

Infección grave, alteración del tracto urinario o inmunodepresión

Ceftriaxona 2g/24h
+
Gentamicina 5mg/Kg/24h

- Alérgicos:
  Aztreonam 1g/8h + Gentamicina

SI MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO O CULTIVO PREVIO CON MICROORGANISMO MULTIRRESISTENTE:

- BLEE: Ertapenem 1g/24h
- Pseudomonas: ceftazidima 1g/8h o Piperacilina-Tazobactam 4g/8h
- BLEE, PSEUDOMONAS y ENTEROCOCCUS: Imipenem 1g/8h + Gentamicina 5mg/Kg/24h
- Alérgicos: Vancomicina 20mg/Kg/12h + Gentamicina 5mg/Kg/24h + Fosfomicina 2g/6h

14 días, iv

Si hay sospecha de prostatitis: 3-4 semanas

CANDIDIURIA

- Asintomática: nada
- Sintomática:
  Recambio de sonda
  +
  Fluconazol 200mg/24h, 14d, vo

BACTERIURIA ASINTOMÁTICA

- NO TRATAR

PROFILAXIS RECAMBIO SV

Si hematuria o bacteriemia en recambio previo:

- Fosfomicina (trometamol) 3g/24h, 2d, vo
- Cefditoreno 200mg/12h, 5d, vo
- Amoxi-clav. 500-125mg/8h, 5d, vo

Algoritmo Síndrome Confusional Agudo UAPI HUPHM

- Hidratación, alimentación y oxigenación adecuada. Favorecer un ambiente relajado
- Cuidar los ritmos. El anciano debe tener un horario controlado. Utilizar calendarios y relojes visibles
- Pasar el mayor tiempo posible acompañados de algún familiar

TRATAMIENTO DE LAS CAUSAS

Enfermedades sistémicas

- Enfermedades infecciosas (urinarias y respiratorias las más frecuentes)
- Fracturas
- Cirugía
- Enfermedades cardiovasculares: infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardiaca congestiva, arritmias
- Enfermedades metabólicas (renal, digestiva)

Enfermedades neurológicas

- Vasculares (isquemia o hemorragia)
- Traumatismo
- Neoplasia
- Infecciones
- Deterioro cognitivo
- Encefalopatía anóxica
- Cefaleas

Intoxicaciones y fármacos

- Fármacos (intoxicaciones y abstinencia): ansiolíticos, anticolinérgicos, antidepresivos, antihistamínicos, sedantes, agonistas dopaminérgicos, antiarrítmicos, antibióticos, antiepilépticos, corticoides...
- Alcohol

Otras causas

- Dolor
- Impactación fecal
- Retención aguda de orina
- Cambio de medio ambiente
- Deprivación sensorial
- Trastornos del sueño

No poner tratamiento neuroléptico a pacientes con insomnio, inquietud o ansiedad (pautar hipnóticos)

TRATAMIENTO NEUROLÉPTICO

Principio activo	Presentación	Vía Admón.	Dosis inicial de ataque y mantenimiento	Dosis máx/día
Haloperidol	**Amp 5mg/1ml** comp 10mg, 0'1mg/gota	**im, sc, iv** vo	**0'5-5mg repetir en 0'5-2h** 0'5-2mg/8-12h	5-10mg 15mg
Tiaprida	**Amp 100mg/2ml** comp 100mg, 0'5mg/gota	**im, iv** vo	**50-100mg, repetir en 0'5-2h** 100-200 mg/8h	400mg 600mg
Risperidona	**Bucodisp. 0'5,1,2,3,4mg flas** comp 0'5,1,2,3,6, Sol 1mg/ml	**vo**	**0'5-1mg, repetir en 0'5-2h** 0'25-1mg/12h	4-6 mg
Quetiapina	comp 25, 100, 200, 300mg	vo	12'5-25mg/12h	400 mg
Olanzapina	**Amp 10mg/2ml** **Bucodisp. 5,10mg** comp 2'5, 5, 7'5, 10mg	**im** **vo**	**2'5-5mg, repetir en 2-4h** **5mg, repetir en 0'5-2h** 2´5-5mg/24h (noche)	10mg 20mg

Vía im: intramuscular, iv: intravenosa, sc: subcutánea, vo: vía oral

Confusional

TELEMEDICINA

CONSULTA ALTA RESOLUCIÓN DETERIORO COGNITIVO ALTA RESOLUCIÓN

Hospital Universitario
Puerta de Hierro
Majadahonda

PROGRAMA Y PONENTES

18 de mayo de 2017

Horario	Contenido
8:00	***RECEPCIÓN Y ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN***
8:20	**INAUGURACIÓN** *Ricardo Herranz Quintana. Director Gerente. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda*
8:30	**UNIDAD DE ATENCIÓN AL PACIENTE INSTITUCIONALIZADO- H.U. PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA (UAPI)** *Rosa Capilla Pueyo. Coordinadora Servicio de Urgencias. Hospital U. Puerta de Hierro-Majadahonda* *Miembros Invitados de las Juntas Directivas de la Sociedad Madrileña de Geriatría y Gerontología y de SEMES-Madrid*
9:00	**REVISION BIBLIOGRÁFICA: INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL PACIENTE MAYOR** *Dra Isabel Zegri Nuñez. Médico Adjunto SºCardiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda*
9:30	**REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE FRAGILIDAD EN EL PACIENTE MAYOR** *Dra.Cristina Bermejo Boixareu . F.E.A. Servicio de Urgencias. Hospital U. Puerta de Hierro-Majadahonda*
10:00	**REVISION VIH EN EL PACIENTE MAYOR** *Dra. Fatima Brañas. Médico especialista en Geriatría. Hospital Infanta Leonor (Madrid)*
10:30	***Dudas y Preguntas*** *Mesa de ponentes*
11:00	***Descanso y Cafe***
11:30	**REVISION SOBRE COORDINACION SOCIOSANITARIA: ACTUALIZACION 2017** *Dr. Primitivo Ramos Cordero .Coordinador Médico Asistencial. Agencia Madrileña de Atención Social. Comunidad de Madrid*
12:00	**REVISIÓN DE NUTRICION EN ENFERMERÍA. CONTINUIDAD ASISTENCIAL.** *Elena Mazario y Raquel Santirso. Isabel Roch Hamelin y Amparo Medina Carrizo., Hospital U. Puerta de Hierro-Majadahonda*
12:30	**REVISION BIBLIOGRAFICA DE ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA Y USO DE HEPARINAS EN EL PACIENTE MAYOR** *Dr. Carlos Alonso Blas. F.E.A. Servicio de Urgencias. Hospital U. Puerta de Hierro-Majadahonda*
13:00	**REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE PRESCRIPCION FARMACOLOGICA EN DEMENCIA AVANZADA** *Dr. F. Javier Gómez Pavón.Jefe de Servicio de Geriatría.Hospital Central de la Cruz Roja San José y*
13:30	**REVISION BIBLIOGRAFICA: HIPERTENSION ARTERIAL EN LOS MAYORES** *Dr. Carlos Jiménez Ortiz.Jefe de Servicio de Neurología. Hospital U. Puerta de Hierro Majadahonda*
14:00	***Dudas y Preguntas*** *Mesa de ponentes*
14:30	*Fin de las ponencias* *Pausa Comida*
15:45	***SEMINARIOS PRÁCTICOS (de elección voluntaria)***

Taller de manejo y tratamiento de úlceras y heridas
Elena Muñez Rubio
Leonor Hernández Sánchez

Protocolos de Manejo de las patologías más frecuentes de la Unidad de Atención al Paciente Institucionalizado
Cristina Bermejo Boixareu
Blanca Gutierrez Parrés

Taller de reconocimiento y manejo básico de arritmias
David Pérez Pedrero

Taller de Recambio de PEG
(sondas de gastrostomía percutánea)
(*) en horario de mañana
José Luis Martínez Porras

Hospital Universitario
Puerta de Hierro
Majadahonda

- Los ancianos son pacientes de riesgo en los SUH, que potencialmente pueden presentar eventos adversos.
- Se debe **promover la formación** del personal
- Presencia de **geriatras** en SUH
- Desarrollar **protocolos comunes**
- Las **salas de observación** o **unidades de corta estancia** son áreas adecuadas para realizar VGI en los pacientes seleccionados.

CONCLUSIONES

- Se debería planificar la **continuidad de cuidados** de los pacientes de alto riesgo y frágiles que vayan a ser dados de alta de los SUH, con coordinación con atención primaria y los centros residenciales.
- La **detección precoz de la fragilidad** y el uso de la valoración geriátrica en pacientes seleccionados puede modificar el curso clínico
- Las **salas de observación** o **unidades de corta estancia** son áreas adecuadas para realizar VGI en los pacientes seleccionados.

- Atención centrada en la persona.

CONCLUSIONES

¡MUCHAS GRACIAS Y SUERTE!

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

GRACIAS!!!!

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda