

# Ingreso Hospitalario de Urgencia en la Tercera Edad

Dres.L. Lapuerta Irigoyen, J. Arce Carrascoso, A. García Gil, E. Jiménez García, A de Paz Díez

Servicio de Urgencias del Hospital del Insalud de Soria

## Resumen

Se ha estudiado la distinta sintomatología, que por causa de enfermedad aguda o por descompensación de enfermedad crónica, desencadena asistencia hospitalaria de urgencia en la tercera edad.

En nuestro estudio y sobre un protocolo previamente establecido, hemos incluido a 100 pacientes mayores de 70 años, no encontrando diferencia significativa en cuanto a la edad ni al sexo, siendo la causa fundamental de ingreso la Disnea.

## Palabras clave

Urgencias, Atención primaria, Disnea.

## Introducción

Dado que la esperanza de vida de la población se ha incrementado en los últimos años, fundamentalmente en la última década, en parte debido a la aplicación de la medicina preventiva y a la mejora de la asistencia primaria, lo que ha llevado consigo la creación de los Centros de Salud, con el consiguiente acercamiento a zonas marginadas en cuanto a ubicación geográfica y en parte debido a la mejora en los recursos, con la gran cantidad de pruebas diagnósticas existentes en la actualidad y puesto que nos encontramos en una de las provincias con mayor emigración, ha ocasionado que nos hallemos ante una población anciana que supera al resto de las provincias del país.

Ante estos datos nos hemos planteado realizar un estudio orientativo sobre la sintomatología que con mayor

frecuencia desencadena asistencia hospitalaria de urgencia en la tercera edad.

## Material y método

Hemos estudiado de forma prospectiva 100 pacientes de más de 70 años (54 V y 46 H) con edades límites entre 70 y 95 años, incluidos en un protocolo previamente establecido a tal fin<sup>1</sup>, del que hemos excluido patología traumatológica y psiquiátrica, sobre una población global de unos 100.000 habitantes, en donde el nuestro es el único centro de referencia.

En dicho protocolo se valoran situaciones como: forma de remisión de los pacientes a nuestro Servicio, nivel de vida de los pacientes, nivel familiar, hospitalización previa, inicio de tratamientos anteriores a su ingreso y síntoma fundamental de su envío.

El estudio ha sido realizado en el Servicio de Urgencias de nuestro Hospital durante los meses de Abril y Mayo de 1989.

En el momento de admisión en nuestro Servicio se realizó el protocolo de recogida de datos (fig. 1), seguido de la historia clínica de urgencias. A todos los pacientes incluidos en el presente estudio les fue realizado de forma sistemática un estudio de laboratorio que incluía los siguientes datos analíticos: glucosa, urea, creatinina, iones, hematocrito, hemoglobina, recuento y fórmula y estudio de coagulación. El estudio también recogía la realización sistemática de E.C.G. y Rx de tórax.

De los 100 pacientes incluidos en el estudio, uno falleció durante su permanencia en nuestro Servicio.

## Resultados

Del total de pacientes incluidos en el presente estudio y según se registra en la figura 2, el 79 % fueron remitidos desde atención primaria por el Médico de Familia<sup>2</sup>, el 11% lo hicieron desde el Servicio de Urgencias de Ambulatorio

---

*Correspondencia:* Dr. Luis Lapuerta Irigoyen. Servicio de Urgencias Hospital del Insalud. P.º Santa Bárbara, s.n. - SORIA.

y sólo un 10% acudió de forma espontánea a nuestro Servicio.

En cuanto al nivel familiar (fig.3), hemos objetivado que el 86% vive en compañía de familiares, un 7% en Residencias de ancianos y un 7% vive solo.

En la figura 4 podemos observar como el 46 % realiza un tipo de vida activa previa a su ingreso, mientras que el 47 % lleva una vida sedentaria. Es de destacar que 7 de cada 100 pacientes realizan un tipo de vida limitado a cama-sillón<sup>3</sup>.

En relación con la causa que desencadena hospitalización (fig. 5), el 71 % se produce por enfermedad aguda, mientras que el resto, 29 %, lo hace por descompensación de una enfermedad crónica, destacando que el 19 % del total de pacientes ha sido hospitalizado por la misma causa (fig. 6).

A continuación registramos en la gráfica 1 el síntoma fundamental que desencadena el ingreso, siendo el 30 % de los casos la disnea<sup>4</sup>, seguida de patología urológica y del aparato locomotor.

También podemos apreciar la ausencia de diferencia significativa en cuanto al sexo, encontrando asimismo que el 48 % de los pacientes remitidos a nuestro Servicio acuden con tratamiento iniciado desde Atención Primaria.

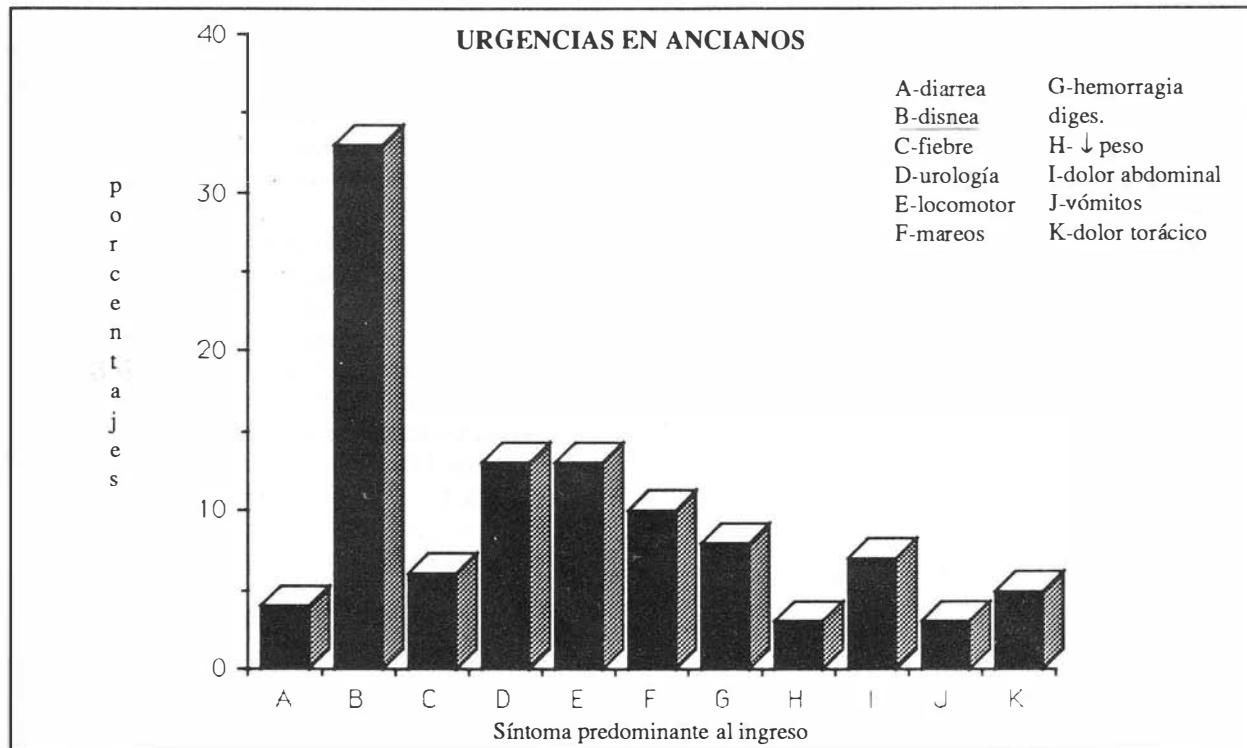
**Discusión**

A la hora de plantear los programas preventivos de la población hay que hacer especial hincapié en la asistencia primaria de la tercera edad. De nuestro estudio podemos

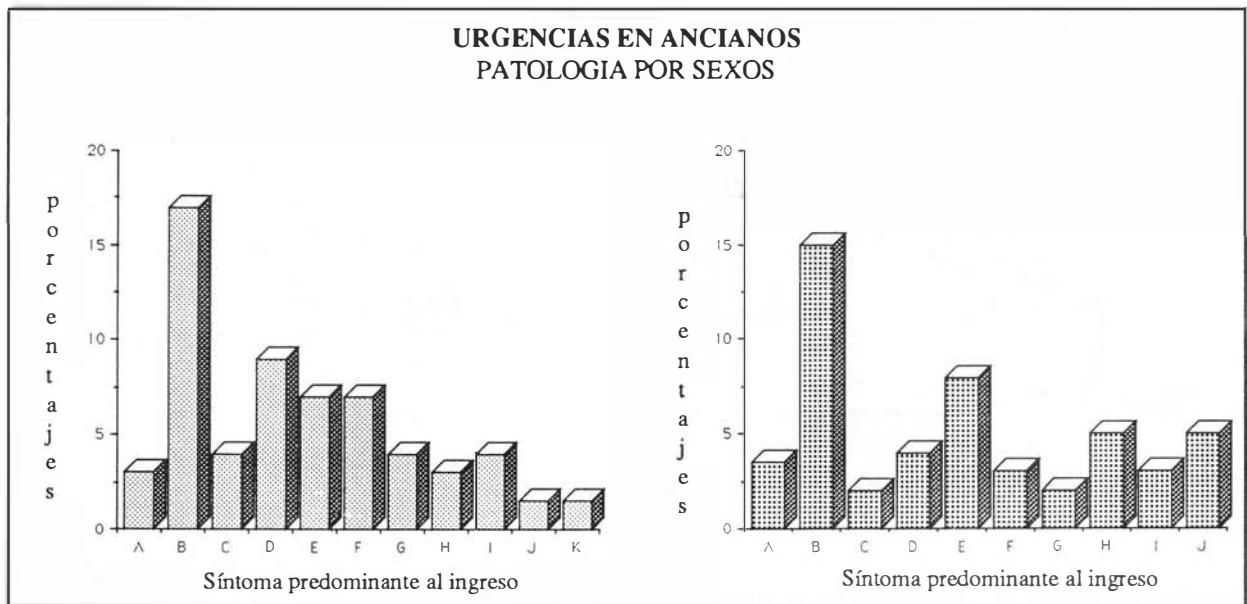
NOMBRE Y APELLIDOS		EDAD
CON P10 ...	si ... Médico de cabecera ... Médico de guardia ... Médico de urgencias ...	
	no ...	
NIVEL FAMILIAR ...	acompañado ...	familiares ... esposa... residencia ...
	solo ...	
TIPO DE VIDA ...	activa ... sedentaria ... cama ...	
CAUSA DEL INGRESO	enfermedad aguda ... descompensación ...	enfermedad crónica ...
TRATAMIENTO ...	enfermedad actual ...	iniciado ... no iniciado ...
	otros ...	
SINTOMA PREDOMINANTE AL INGRESO (especificar)		
INGRESO PREVIO ...	si ... no ...	
PRECISA HOSPITALIZACION ...	si ... no ...	

Figura 1

destacar la íntima relación que existe entre estos pacientes y los Médicos de Familia, hecho que ha de servir de ejemplo al resto de la población.



Gráfica 1



Gráfica 2

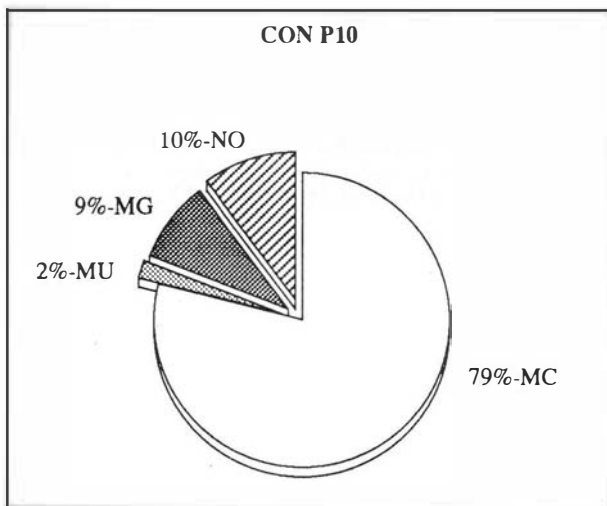


Figura 2

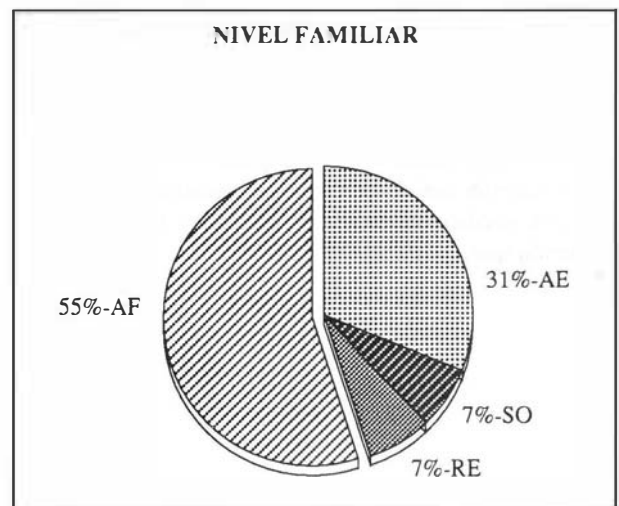


Figura 3

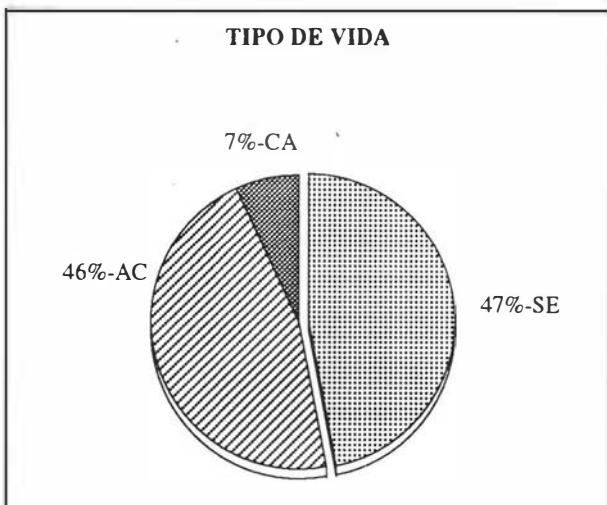


Figura 4

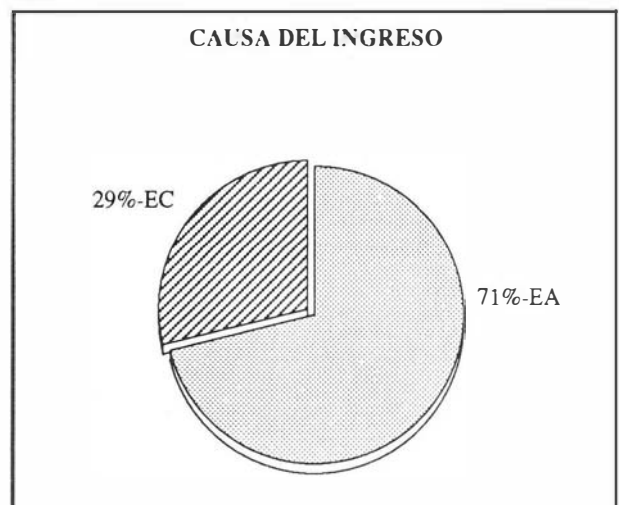


Figura 5

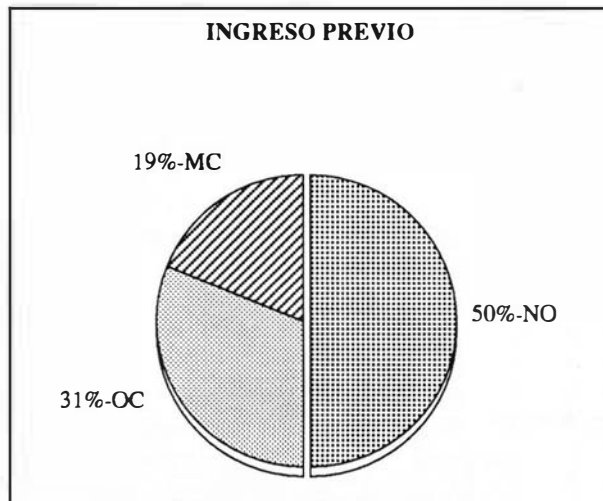


Figura 6

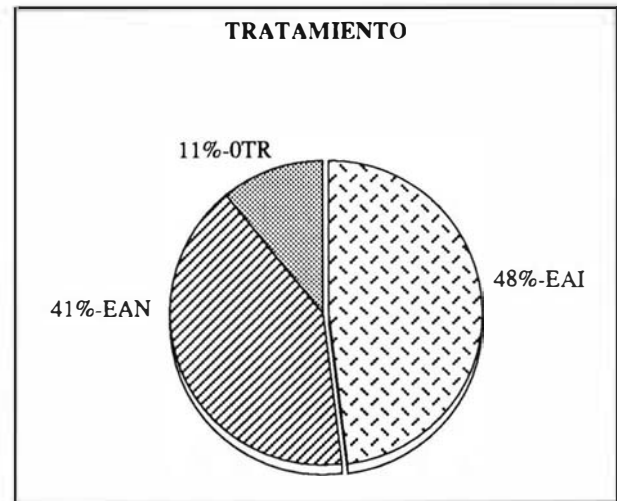


Figura 7

Otro de los puntos importantes es la creación de centros intermedios de mediana y larga estancia, dada la progresiva evolución hacia la senilidad, unido al control de la natalidad que en los últimos años se está llevando a cabo.

Coincidiendo con otro tipo de estudios, encontramos como patología preferencial en los ancianos las enfermedades de tipo cardiorrespiratorio, debiendo ser informados desde niveles primarios de los síntomas de alarma, ya que esta población suele ser por regla general reacia a las consultas médicas, a lo que se une el incremento de la población que vive sola.

### Bibliografía

1. *Planificación y organización de los servicios geriátricos*. Informe de un comité de expertos de la O.M.S., 1974.
2. BOULLON AGRELO, C., BORDALLO HUIDOBRO, J.R., AZPEITIA MUÑOZ, C., ROLLAN HERNÁNDEZ, M.A., MILLÁN SANTOS, I.: *Demanda a pacientes geriátricos en un centro de Atención Primaria*. *Medicina Geriátrica*, 1989; 2: 109 - 113.
3. S. MARTÍN H.: *Salud y enfermedad* 4ª edición, Prensa Médica Mexicana S.A., 1983. Higiene de la senectud y de la senilidad. 488 - 494
4. ORTIGOSA, J.: *Insuficiencia cardiorrespiratoria en pacientes geriátricos*. *Medicina Geriátrica*, 1988; 2: 125 - 133.