



Segundo ateneo interhospitalario de Geriatría 2018

DRA. GUMUCIO, PATRICIA – RESIDENTE 3ER AÑO
DR. INCHAUSPE, MARTÍN – RESIDENTE 4TO AÑO
U 18 - GERIATRÍA

Hospital Carlos G. Durand

Buenos Aires
Ministerio de Salud



Caso 1:

Deterioro Cognitivo Avanzado

Caso Clínico:

- Masculino
- Edad: 82 años
- Obra social: PAMI

MOTIVO DE INTERNACION:
Neumonía de evolución tórpida

Caso Clínico:

ANTECEDENTES :

- Ex TBQ
- IAM con colocación de stent (2000)
- Dislipemia
- Deterioro cognitivo (hace 6 años)
- Convulsiones
- Trastornos conductuales (exacerban últimos 6 meses)

MEDICACION HABITUAL:

- Carvedilol 6.25 mg c/12 hrs.
- Atorvastatina 20 mg c/día
- Quetiapina 25 mg c/noche
- Alprazolam 0.25 mg c/noche
- Carbamazepina 200 mg c/día
- Donepecilo 1 comp. c/día
- Memantine 1 comp. c/día

Caso Clínico:



Paciente de 82 años con antecedentes ya mencionados, inicia con cuadro de aproximadamente 20 días de evolución caracterizado por presentar tos, negativismo a la ingesta y deterioro del estado general, fue evaluado en domicilio donde se inicia y recibe tratamiento con Amoxicilina/Ac. Clavulanico por 14 días.

Es derivado a guardia del Hospital Carlos G. Durand el 11/09 por presentar exacerbación de síntomas y profundización del deterioro del sensorio.

Caso Clínico:

- En guardia se evalúa al paciente:
- Laboratorio:
 - HTO:41.3
 - Hb:13.6
 - GB:7570
 - Urea:26
 - Creatinina:0.80
 - Ionograma: Na:137
- Sedimento urinario: No patológico

Caso Clínico:

- Se interpreta el cuadro como Neumonía y se inicia AMS/Claritromicina.
 - ❖ Permanece en guardia por 6 días.

En ese período se solicita al servicio de cirugía colocación de sonda K108 para alimentación, y ante la imposibilidad de colocación se sugiere colocación por endoscopia.

- Previo pase a sala de Geriatría es evaluado por nuestra especialidad y se indica suspender la colocación de sonda de alimentación hasta re-evaluación.

Caso Clínico:

■ Examen Físico:

TA:110/80 mm.Hg. FC:120 x`
FR:20x` T:38 °Sat.: 95% con
canula a bajo flujo

LPP Sacra GII de aprox. 5 cm
de diametro y Talicas bilateral
GI

Aparato Resp.: Tórax
simétrico caquéctico con
roncus diseminados en
ambos campos pulmonares

Tacto rectal: bolo Fecal

Neurológico :Glasgow 8/15
Fuerza muscular disminuida
globalmente
Rigidez generalizada
Pupilas isocoricas reactivas

Caso Clínico:

LABORATORIO

ECG: Taquicardia
sinusal

RX TORAX:
Opacidad base
izquierda (mala
tecnica)

HEMOGRAMA U

Valores de referencia de hemograma según edad del paciente.

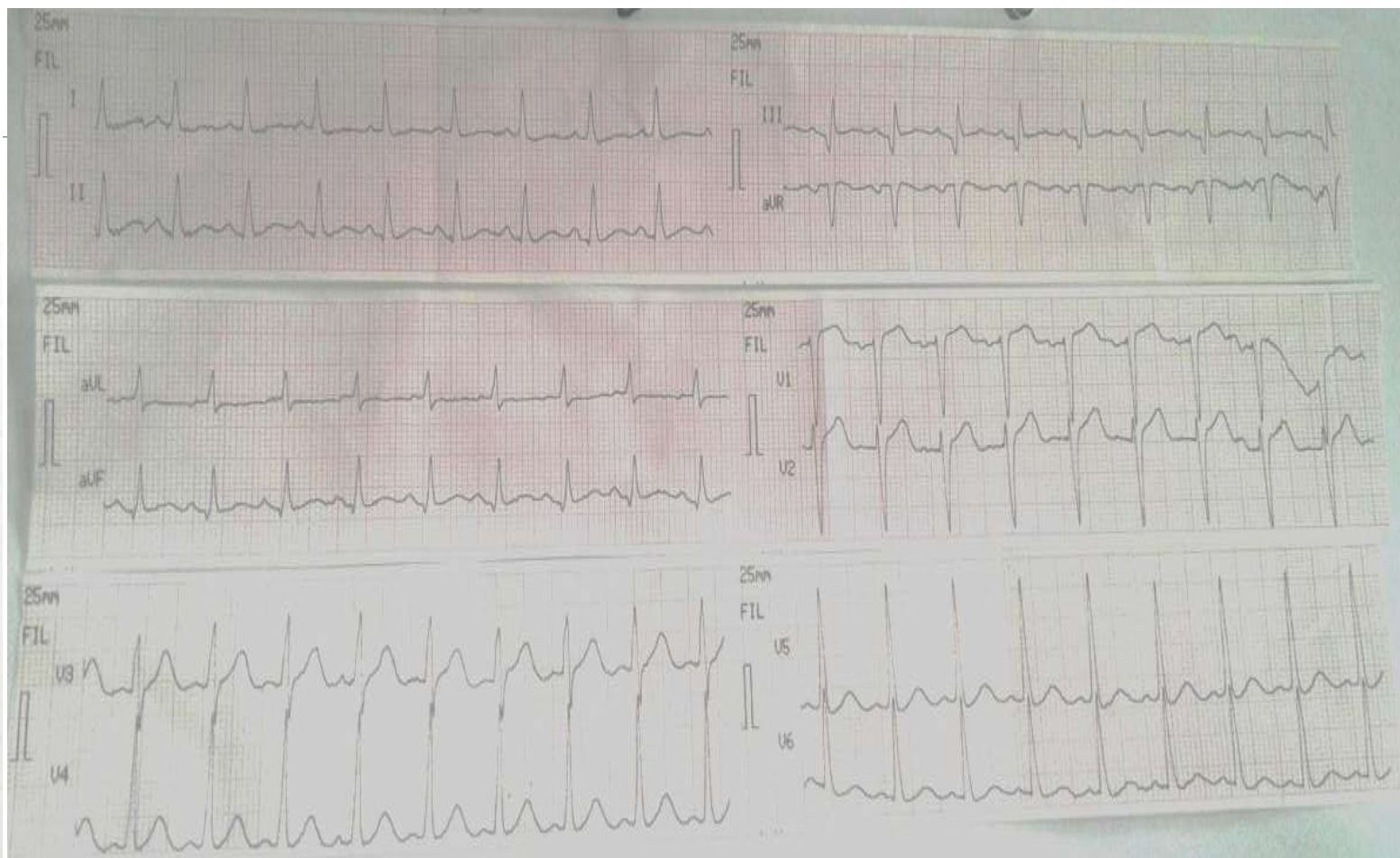
HEMATOCRITO	42.0	%
HEMOGLOBINA	14.1	g / dl
PLAQUETAS	* 124	K/ul
LEUCOCITOS	* 24.84	K/ul

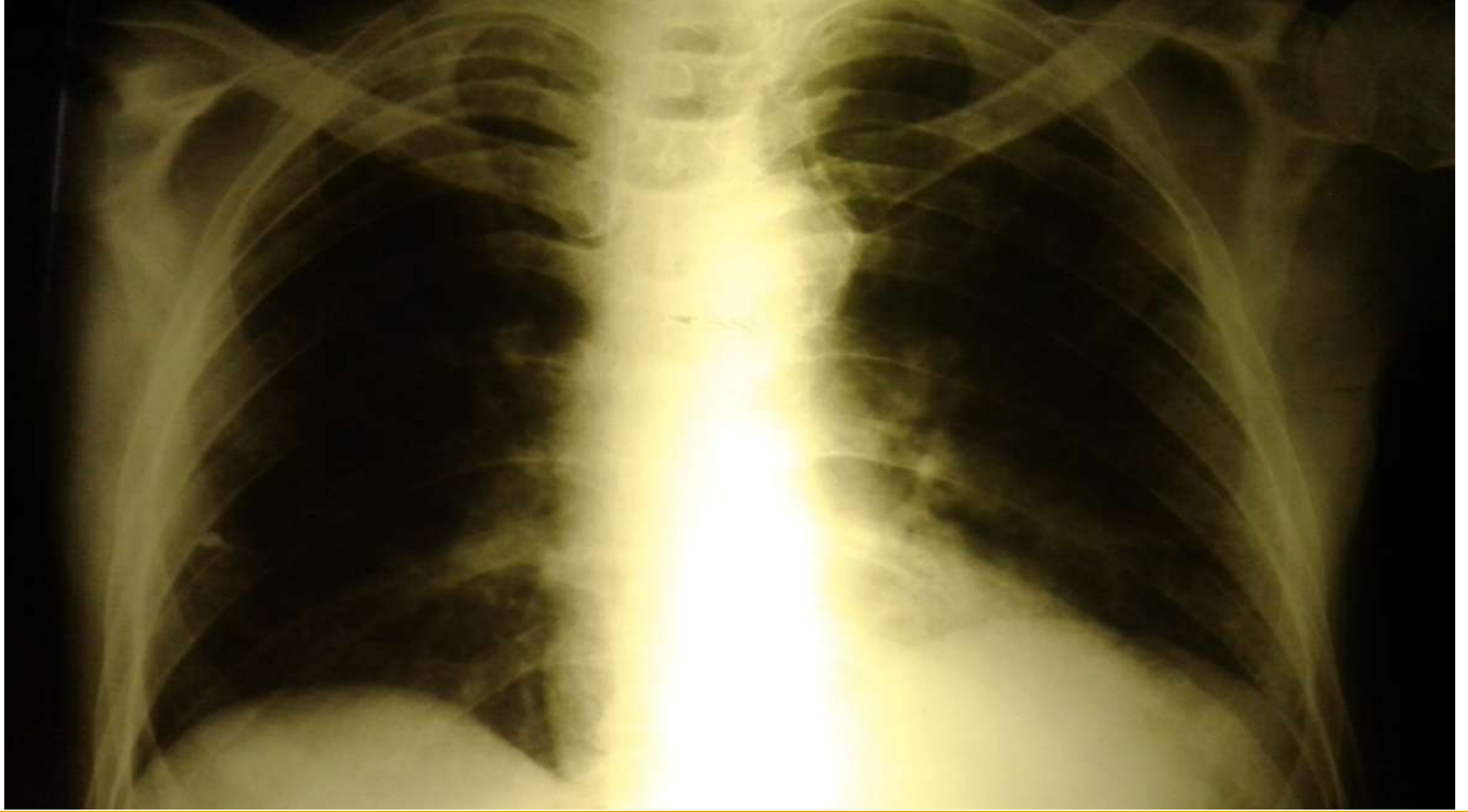
HEMOSTASIA U

APTT	38	seg
CONCENT. DE PROTROMBINA	* 34	%

QUÍMICA CLÍNICA U

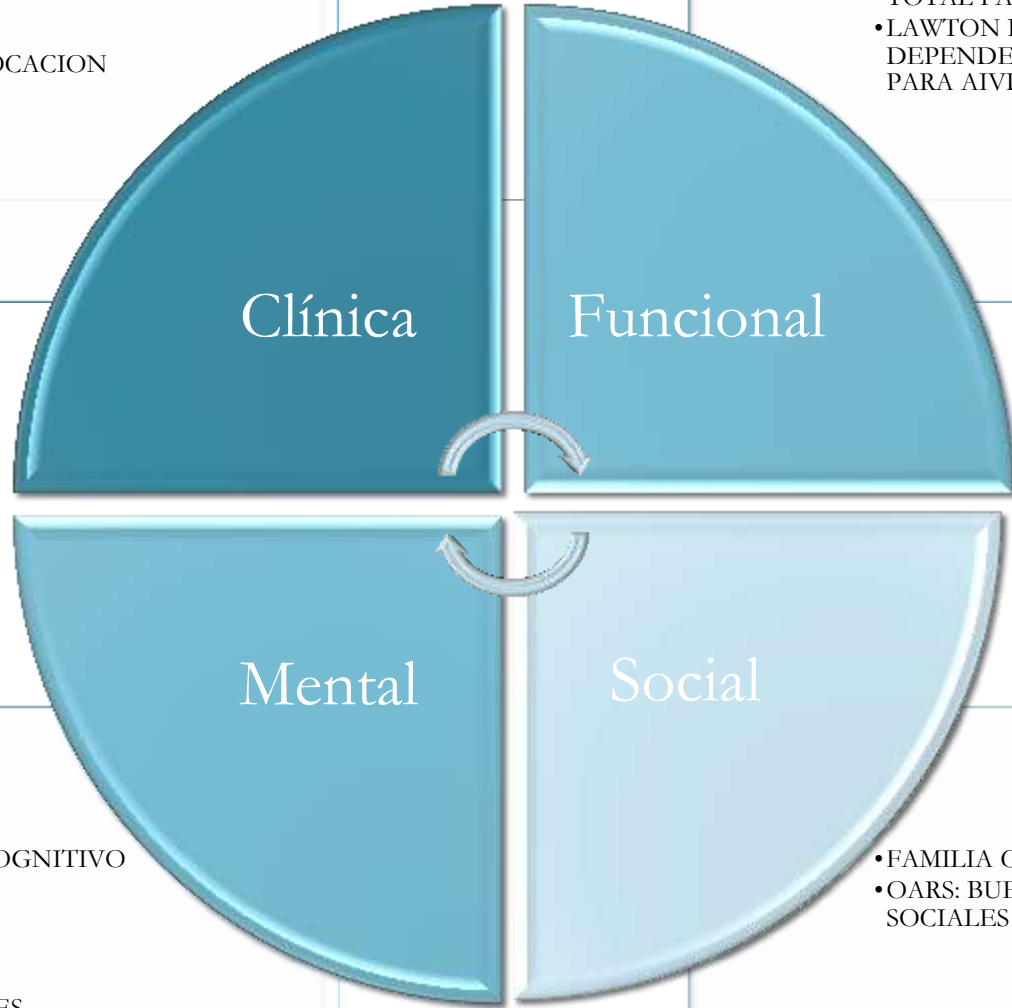
GLUCEMIA	* 165	mg / dl
UREA	* 51	mg / dl
CREATININA	1.00	mg / dl
BILIRRUBINA DIRECTA	* 3.06	mg / dl
BILIRRUBINA TOTAL	* 3.63	mg / dl
ASPARTATO AMINO TRANSFERASA	* 56	UI/L
ALANINO AMINO TRANSFERASA	35	UI/L
SODIO	140	mEq/L





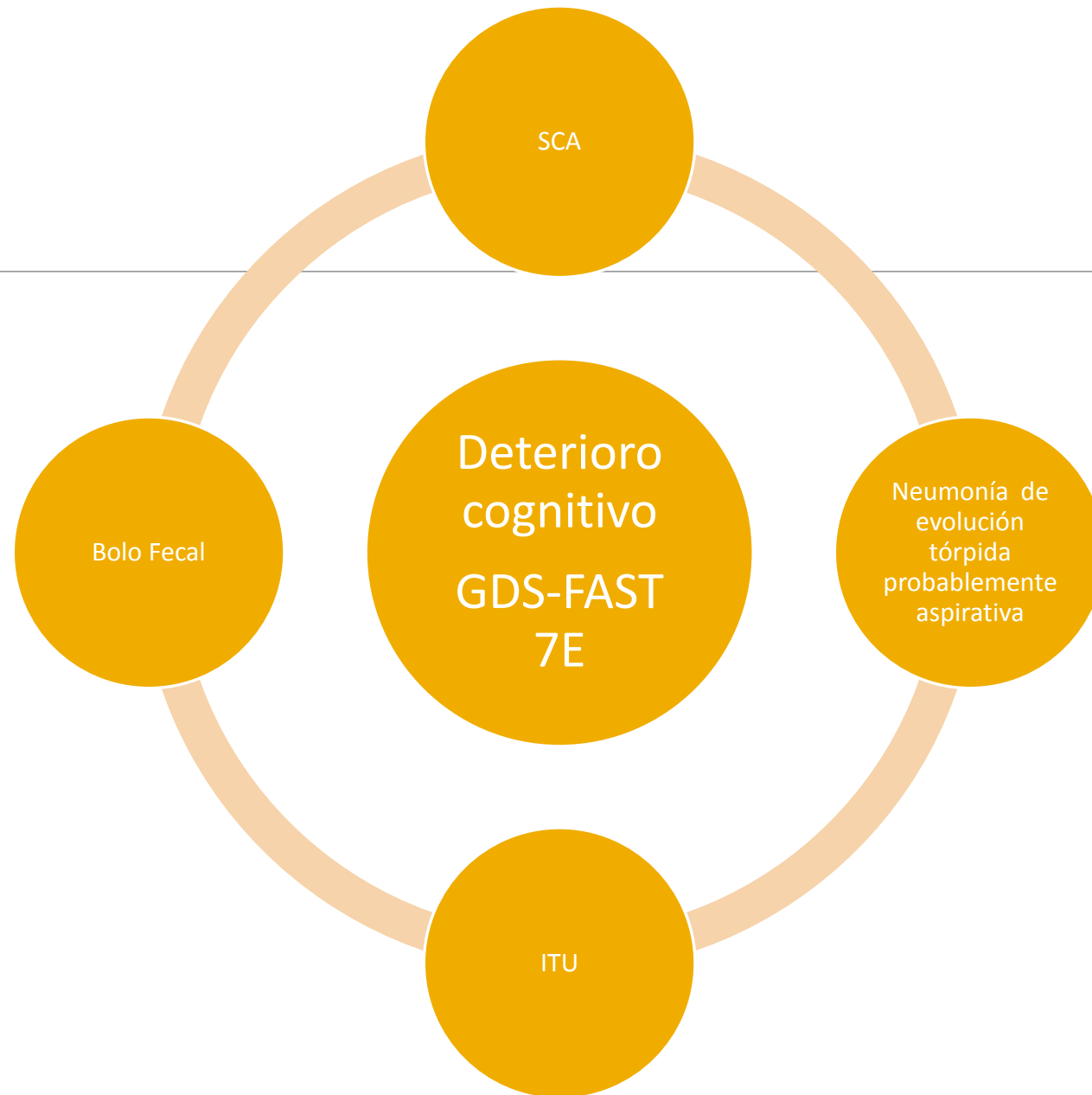
- HTA
- DISLIPEMIA
- CONVULSIONES
- IAM CON COLOCACION DE STENT

- KATZ: 20 DEPENDENCIA TOTAL PARA ABVD
- LAWTON BRODY: 0 DEPENDENCIA MAYOR PARA AIVD



- DETERIORO COGNITIVO GDS FAST 7E
- POSTRACION
- GLASGOW 8/15
- TRASTORNOS CONDUCTUALES

- FAMILIA CONTINENTE
- OARS: BUENOS RECURSOS SOCIALES



Caso Clínico:

- Se inicia Piperacilina/Tazobactam.
- Hemocultivos x 2 resultan positivos para E. Coli sensible a PTZ.
- Por continuar con sensorio deprimido, no se reinicia la vía oral.
- Por estatus del paciente y antecedentes, se decide y comunica a la familia la necesidad de manejo en sala de geriatría evitando el pase a unidad cerrada, priorizando en última instancia las medidas de higiene y confort.

Interrogantes???

1. ¿ Fue necesario intentar colocación de sonda nasogastrica en algún momento de su internación?
2. ¿ La familia estuvo bien informada sobre la enfermedad de base del paciente?
3. ¿ Cual es el manejo de pacientes con deterioro cognitivo en las guardias?





GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD



Sociedad Española
de Geriatría y Gerontología



SEMEG

Sociedad Española
de Geriatría y Gerontología

Sociedad Española
de Medicina Geriátrica

RECOMIENDAN:

1

No usar medidas terapéuticas intensivas para conseguir una reducción de HbA1c < 7,5% en ancianos con multimorbilidad, frágiles, dependientes y con una expectativa de vida < 10 años.

2

No prescribir fármacos sin considerar el tratamiento previo, evaluar interacciones y el grado de adherencia al cumplimiento.

3

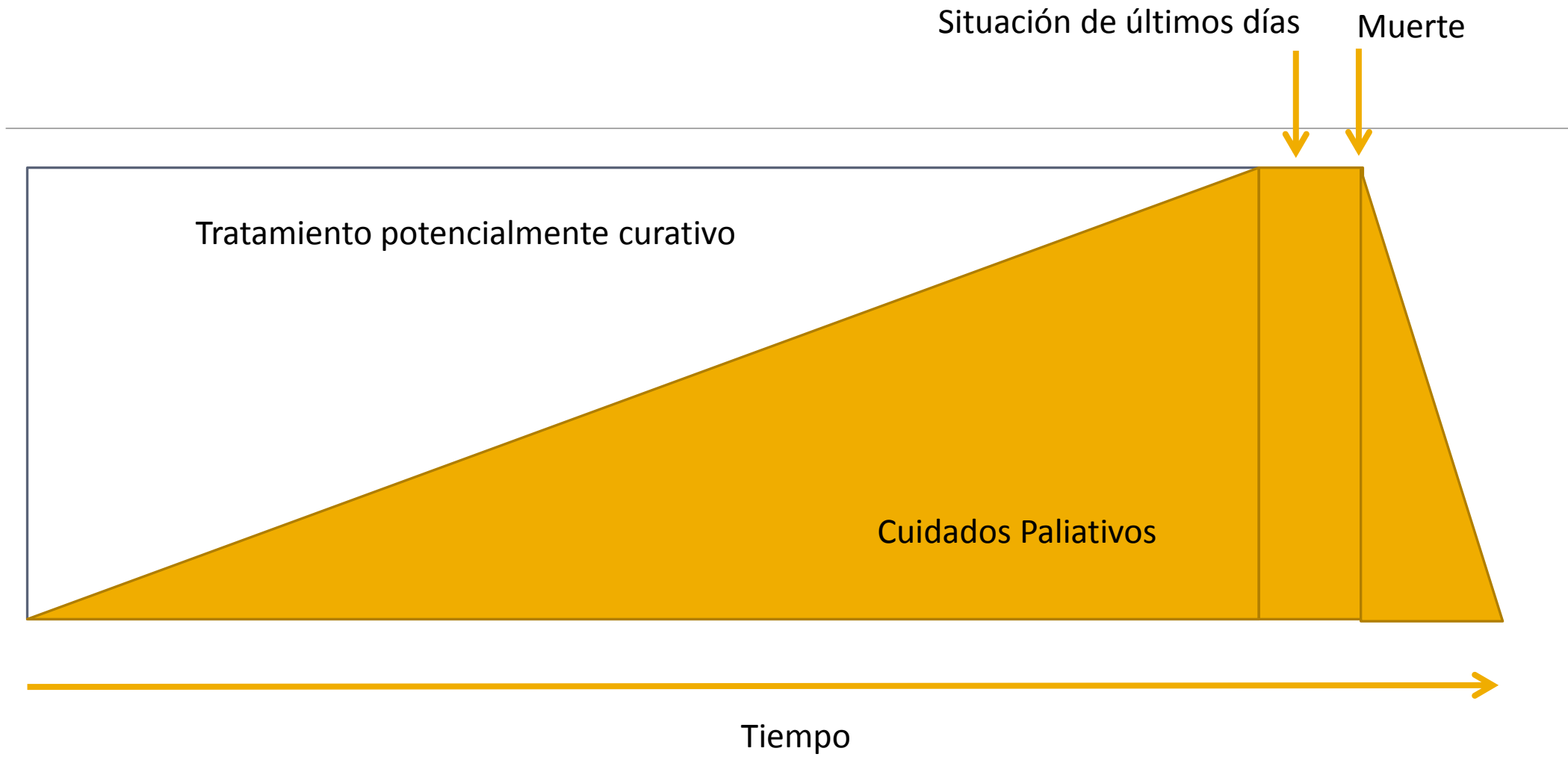
No tomar decisiones clínicas en personas mayores de 75 años sin haber evaluado su situación funcional.

4

No indicar colocación de sonda nasogástrica ni gastrostomía percutánea en pacientes con demencia en fase avanzada.

5

No indicar el estudio de factores de riesgo genético de demencia (como Genotipo APOE) con fines de asesoramiento genético en el sujeto asintomático.



Integración del tratamiento curativo y los cuidados paliativos

Deterioro Cognitivo Avanzado:

Los profesionales implicados en la atención a estos enfermos (geriatras, neurólogos, psiquiatras, internistas y médicos de Atención Primaria), están obligados a realizar una adecuada valoración, para asegurar cuidados a los pacientes que lo requieran y evitar que pacientes erróneamente sean etiquetados de demencia en fase terminal.

(situación que ocurre con frecuencia en ancianos)



Caso 2:

Manejo no farmacológico del Síndrome Confusional Agudo

Caso Clínico:

- **Motivo internación:** deterioro del estado general; dolor en miembro inferior izquierdo asociado a edema; lesión retroauricular.

Caso Clínico:

■ Antecedentes:

- Varón
- 87 años
- Contador publico
- HTA
- Enfermedad de parkinson (2013)
- Angioplastia coronaria (1993)
- Linfoma no hodking folicular de bajo grado (2004)
- Prostatectomia (2014)
- Glaucoma
- Carcinoma escamoso invasor moderadamente indiferenciado (**marzo/2016**). lesion en cuero cabelludo
- **Dos tumoraciones laterales de cuello izquierdo**, duro elásticos, no dolorosas, adheridas a planos profundos, de aproximadamente 2x2 cm (tercio medio, nivel III) (**octubre 2016**)

Caso Clínico:

■ Valoración Geriátrica Integral:

- **NORTON : 10/20** (Riesgo alto para formación de lesiones por presión)
- **INDICE DE KATZ: 12**, Alto grado de dependencia para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)
- **INDICE DE LAWTON BRODY: 3**, dependencia mayor para Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)
- **TEST DE PFFEIFER: 1** Error, compatible con normalidad.
- **VALORACION SOCIAL: CONTINENTE** (hijos y esposa) **OBRA SOCIAL: OSPLAD**

Caso Clínico:

■ EXAMEN FÍSICO:

- Lucido, Glasgow 15/15, s.v.: TA 130/80, Fc 55, Fr 16, T 36°C, sat O2 95% (0.21)
- Coloboma iris derecho.
- Edema en todo miembro inferior izquierdo y dolor.
- Queratosis actínica en cuero cabelludo.

■ EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

- ECG: bradicardia sinusal, fc 50, eje -15°, pr 0.36, onda p 0.08, qt 0.36. bav de 1º grado.
- LABORATORIO: hto 40.3, hb 13.2, gb 4700, plaq 168000, tp/kptt 82/29, creat 0.93, ionograma: 143/3.7/102, p 2.9, mg 1.9, ca 9, bd/bt 0.16/0.54, got/gpt 14/5, ldh 326, alb 3.9, col 105, hdl 44, ldl 54, tag 38

Caso Clínico:

■ EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

- **Ecodoppler venoso de miembros inferiores:** confirma TVP e inicia anticoagulación.
- Se toma **biopsia** de lesión retroauricular: carcinoma de piel.

■ Intercurrencias:

- Presento síndrome febril, se inicia antibioticoterapia empírica, sin rescates en cultivos.
- Durante la noche tuvo varios episodios de excitación psicomotriz, que cedían la mayoría de las veces a la **contención verbal**, sin necesidad de fármacos.

Contención Verbal:

- Proyecto BETA (buenas practicas en la evaluación y el tratamiento de la agitación), (Project BETA De-escalation work group):
 1. Captar verbalmente la atención del paciente.
 2. Establecer una relación de colaboración con él.
 3. Llevar verbalmente al paciente fuera del estado de agitación.

Intervención en Geriatría.

Contención Verbal:

- El profesional debe conocer los antecedentes del paciente y estar informado.
- Permanencia del familiar el mayor tiempo posible con el paciente.
- Respetar el espacio personal.
- Establecer contacto visual y verbal.
- Usar lenguaje simple y conciso.
- Identificar deseos y sentimientos del paciente.

Intervención en Geriatria.

Contención Verbal:

- Escuchar atentamente al paciente.
- Establecer límites claros.
- Ofrecer opciones y ser optimista.
- Retroalimentar al paciente y al personal.
- Debrief.

Intervención en Geriatría:

- la **contención verbal** en episodios de agitación, involucra a un equipo multidisciplinario, desde médicos hasta cuidadores y la familia del paciente.
- Es una medida terapéutica útil en aquellos casos en que la pérdida de control no sea total y suele ser la acción precedente a la contención farmacológica.
- El objetivo es tranquilizar y estimular la confianza, o sea “no calmar al paciente”, sino ayudarlo a calmarse a si mismo.

Intervención en Geriatría:

- Los métodos tradicionales de tratamiento en pacientes agitados, como la contención física y farmacológica están siendo reemplazados por un enfoque no coercitivo, en casos donde la pérdida de control no sea total.
- La contención verbal suele ser la clave para la participación del paciente.
- Estas intervenciones están encaminadas a disminuir el uso de antipsicóticos, la contención física y sus complicaciones y mejorar la calidad de vida del paciente.

Bibliografía:

- Assesment and emergency management of the acutely agitated or violent adult- Gregory Moore, James A. Pfaff, FACEP
- Pautas sobre la contención verbal en el paciente agitado-Richmund JS et al. 2012
- Protocolo de contención de paciente-servicio de salud del principado de Asturias- febrero 2018
- <http://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2018/10/01/5bb0aba7e5fdeab0738b45e5.html>