

TRABAJOS ORIGINALES

Centro Coordinador Emergencia Médica Provincial
La Habana. Dirección Calle 44 esq. 17, Playa,
La Habana. Cuba.



EMERGENCIA PREHOSPITALARIA EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

PREHOSPITALARY EMERGENCY IN THE GERIATRIC PATIENT

MSc. Dr. Efraín Chibás Ponce¹, MSc. Dr. Fredys Arrechea Tartabull², MSc. Dr. Alejandro Vázquez Drake³.

Resumen

Introducción: El envejecimiento de la población tiene un enorme impacto sobre el Sistema Nacional de Salud, repercutiendo especialmente en los servicios de urgencias extrahospitalarios y hospitalarios.

Objetivo: Evaluar la incidencia que el paciente geriátrico tiene en el centro coordinador de emergencia médica provincial de La Habana.

Método: Estudio retrospectivo, transversal y descriptivo de los pacientes con edad igual o mayor a 65 años asistidos por el centro coordinador de emergencia médica de La Habana en el periodo comprendido del 1 al 30 de septiembre de 2012. Las variables fueron: edad, sexo, categoría del demandante, prioridades, origen, comorbilidad, diagnósticos, y destino de los pacientes.

Resultados: El centro coordinador de emergencia médica asistió y trasladó 8772 pacientes, de los cuales 2654 tenían más de 65 años. El sexo femenino fue predominante, el 38,2 % pertenecían al grupo comprendido entre 75-84 años. El 49,3 % de las demandas se originaron en domicilios, 29,4 % en policlínicos, y 3,7 % en hospitales. Los diagnósticos presuntivos lo ocuparon en primer lugar las enfermedades cardiovasculares con 417 pacientes, seguido de la enfermedad cerebrovascular, infecciones respiratorias, y trastornos de la conciencia. Para responder las demandas 56,9 % pacientes fueron incluidos en la primera prioridad. El 60,5 % de los pacientes fueron trasladados a hospitales.

Conclusiones: Con el incremento de la esperanza de vida y el envejecimiento poblacional, las demandas de urgencias aumentaron en el centro coordinador de emergencia médica provincial.

Palabras claves: Centro coordinador de emergencias, geriatría, urgencias

ABSTRACT

Introduction: The aging of the population has an enormous impact on the National System of Health, rebounding especially in the services of extrahospitalary and hospitalary urgencies.

Objective: Evaluating the incidence that the geriatric patient has in the coordinating center of medical provincial emergency of Havana.

Method: Retrospective, transverse and descriptive study of the patients with the same or older age to 65 years assisted by the coordinating center of medical emergency of Havana in the understood period of September 1st to 30th of 2012. The variables were: age, sex, category of the plaintiff, priorities, origin, comorbidity, diagnoses, and destination of the patients.

Results: The coordinating center of medical emergency assisted and transferred 8772 patients, of which 2654 had more than 65 years. The feminine sex was predominant, the 38.2% belonged to the group understood between 75-84 years. The 49.3% of the demands was originated at homes, 29.4% in policlinics, and 3.7% in hospitals. The presumptive diagnoses were occupied in first place by the cardiovascular illnesses with 417 patients, followed by the cerebrovascular illness, breathing infections, and disorders of the conscience. In order to respond the demands, 56.9% patients were included in the first priority. The 60.5% of the patients were transferred to hospitals.

Conclusions: With the increment of the hope of life and the aging of the population the demands of urgencies increased in the coordinating center of medical provincial emergency.

Key words: Coordinating center of emergencies, geriatrics urgencies

¹ Máster en Urgencias Médicas, Especialista Segundo grado en Medicina Intensiva y Emergencia, Profesor Auxiliar

² Máster en Toxicología, Especialista de primer grado en Anestesiología y Reanimación, Profesor Auxiliar

³ Máster en Coordinación de Trasplante, Especialista de Primer grado en Anestesiología y Reanimación, Profesor Asistente

Correspondencia: efrainchp@infomed.sld.cu

Introducción

Varios estudios señalan un envejecimiento progresivo de la población mundial debido al aumento de la esperanza de vida.¹ El incremento de la esperanza de vida es un triunfo para la salud pública y es el resultado del desarrollo social y económico de un país,² originando aumento en la demanda de los servicios de urgencias hospitalarias y prehospitalarias, requiriendo mayores recursos humanos y materiales para su atención.

En todas las regiones geográficas se observa transición avanzada del envejecimiento poblacional. En Las Américas se encuentran Argentina, Bahamas, Barbados, Canadá, Chile, Estados Unidos, Jamaica, Martinica, Puerto Rico, Uruguay, y Cuba con una población con edad de 60 o más años por encima del 15 %.³

Estimaciones futuras de la población cubana hasta el 2030 y 2050 muestran un proceso acelerado de envejecimiento, que hace que respecto a la población total el grupo de 60 y más, en el primer caso, llegue al 29,9 % en el 2030.⁴

Objetivo

Evaluar la incidencia que el paciente geriátrico tiene en el CCEM y la red de asistencia médica primaria y hospitalaria de la ciudad

Material y método

Se realizó estudio retrospectivo, transversal y descriptivo de los pacientes geriátricos con edad \geq de 65 años asistidos por el centro coordinador de emergencia provincial de La Habana en el periodo comprendido del 1ro al 30 de septiembre de 2012. Los datos estadísticos fueron confeccionados con la información recogida en el modelo demanda establecido para obtener los datos generales de los pacientes. Las variables establecidas fueron: edad y sexo, categoría del demandante (familiar, médico, enfermera, o vecino). Las prioridades (1ra, 2da, 3ra y 4ta) para responder la demanda se establecieron atendiendo a los antecedentes patológicos del paciente, cuadro clínico predominante, lugar donde se origina la demanda, y diagnóstico presuntivo establecido, en correspondencia con los códigos de clasificación del CCEM. Los resultados se exponen en tablas y gráficos.

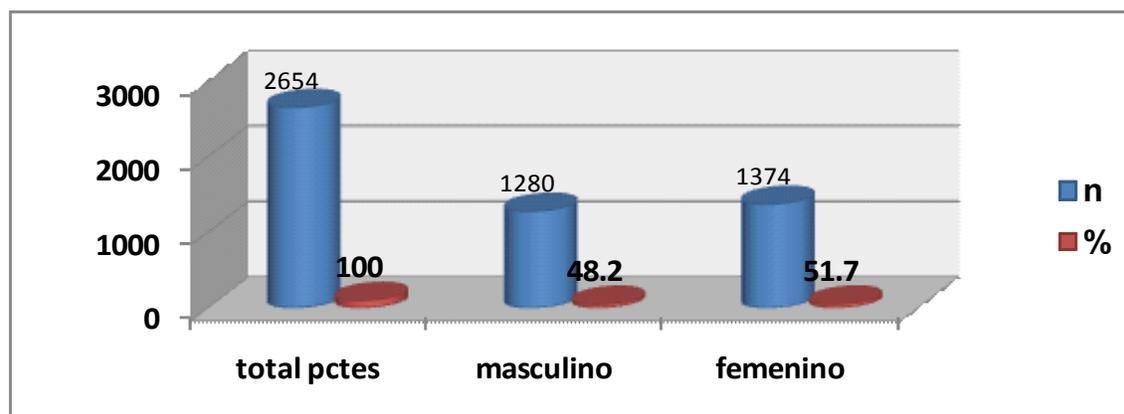
Resultados

Tabla 1. Resultados del estudio

Resultados	
M U E S T R A	Pacientes asistidos 8772 en el mes
	Pacientes > 65 años 2654
	<u>Representa 30,2 %</u>

Durante el período estudiado (tabla 1) se registraron 8722 pacientes en el CCEM para la asistencia urgente o emergente, y traslado a un centro de asistencia primaria o secundaria si fuera necesario; 2654 estuvieron incluidos en grupos de edades > 65 años de edad, lo que representa un 30,2 % de los pacientes asistidos.

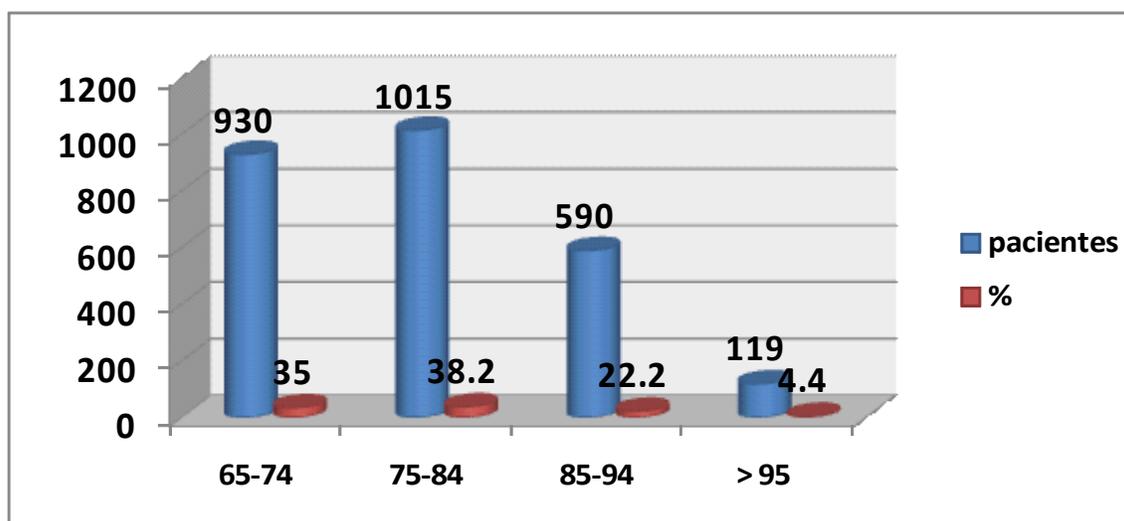
Gráfico 1. Distribución según sexo



Fuente: Registro del CCEM

El gráfico 1 demuestra hubo predominio del sexo femenino sobre el masculino representando las mujeres el 51,7 %, frente al 48,2 % de los hombres.

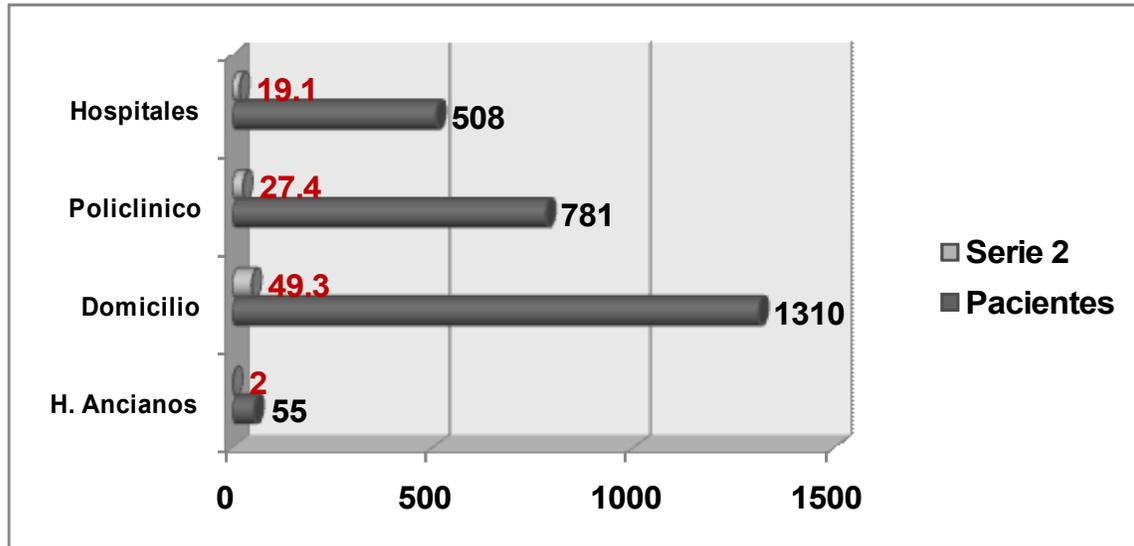
Gráfico 2. Clasificación según grupo de edades



Fuente: Registro del CCEM

La cifra de pacientes incluidos en el grupo de 75-84 años ascendió a 1015 (38,2 %), (gráfico 2) representando el más numeroso, seguido por los incluidos entre 65-74 años, y en tercer lugar los del grupo 85-94. El grupo > 95 años fue el menos representado con 4,4 %.

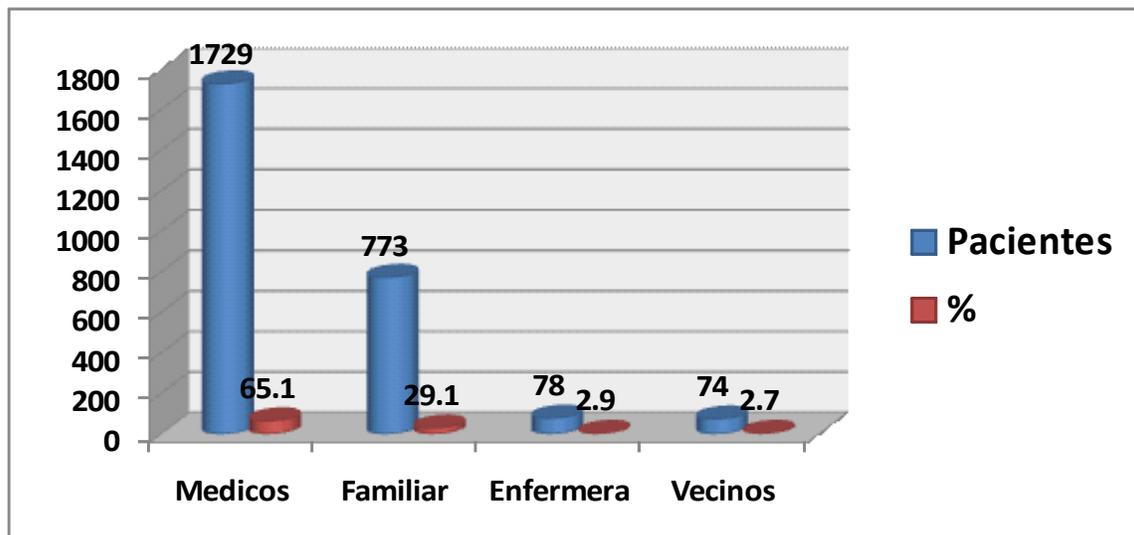
Gráfico 3. Origen de las demandas



Fuente: Registro del CCEM

La mayoría de las demandas se originaron en los domicilios de los pacientes (gráfico 3), representando el 49,3 %, el segundo lugar lo ocupó las generadas en policlínicos con 27,4 %, y una cifra menor en hospitales para 19,1 %; los hogares de ancianos estuvieron poco representados.

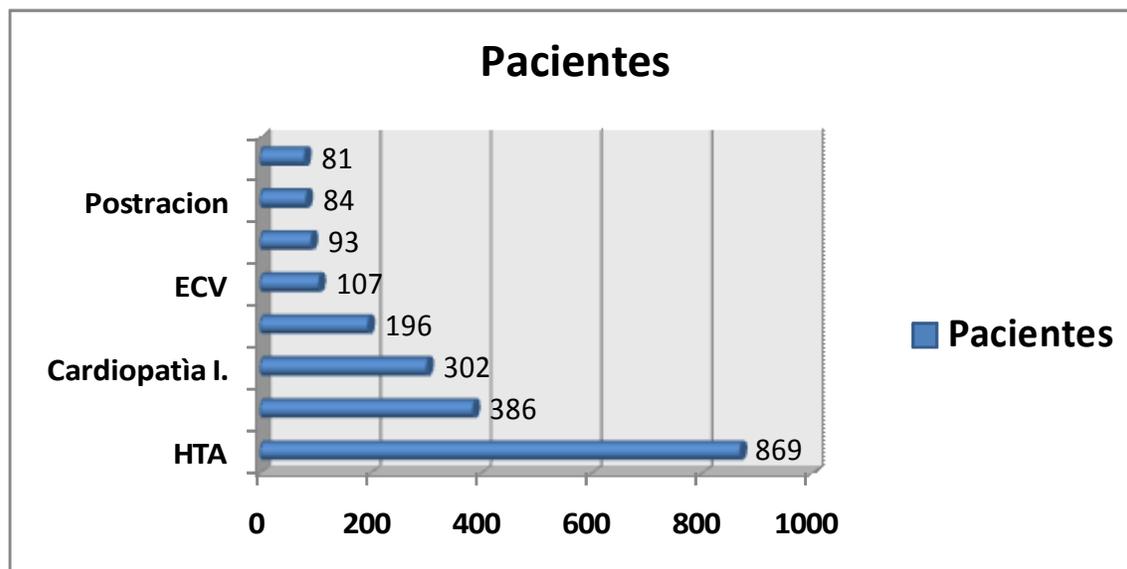
Gráfico 4. Categoría del demandante



Fuente: Registro del CCEM

Las demandas realizadas por médicos fueron las más numerosas (gráfico 4), representaron el 65,1 % originada en policlínicos y hospitales. Los familiares realizaron el 29,1 %, y un grupo menor por los médicos de familia.

Gráfico 5. Comorbilidad de los pacientes



Fuente: Registro del CCEM

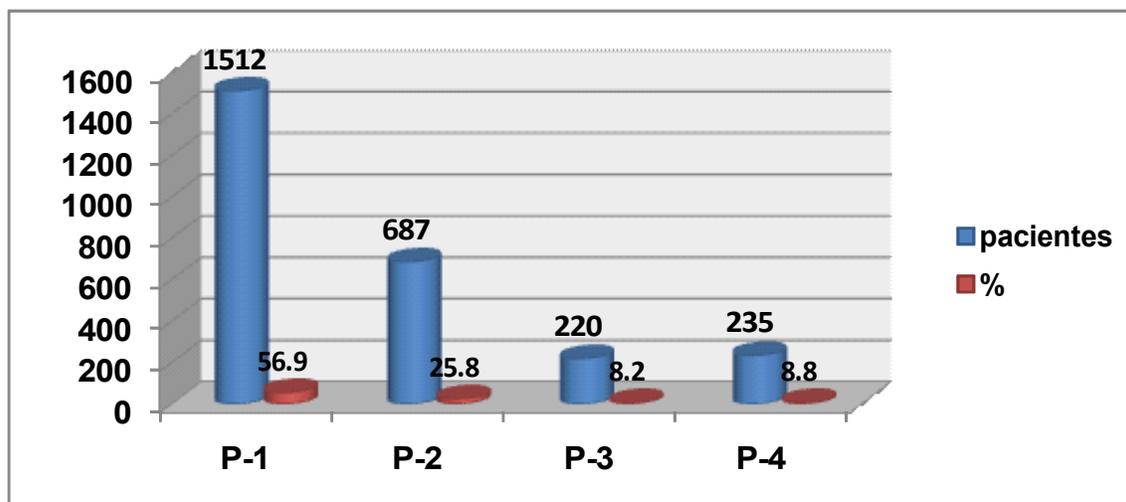
La comorbilidad de los pacientes (gráfico 5) estuvo representada en primer lugar por 1171 con enfermedades cardiovasculares, 869 pacientes tenían antecedente de hipertensión arterial, y 302 cardiopatía isquémica, el segundo lugar lo ocupó la diabetes mellitus, seguido de enfermedades neoplásicas y cerebrovascular.

Tabla 2. Diagnósticos Presuntivos

Enfermedades	Diagnósticos	No. pacientes	%
Sistema cardiovascular 417 pactes 15,7 %	Síndrome coronario agudo	164	6,1
	Crisis hipertensiva	141	5,3
	Dolor precordial	112	4,2
Enfermedades de otros sistemas	Enf. cerebrovascular	336	12,6
	Infecciones respiratorias	221	8,3
	Trastornos de la conciencia	197	7,4
	Deshidratación	184	6,9
	Disnea	137	5,1
	Descompensación DM	128	4,8
	Fractura Cadera	146	5,5
Trauma craneoencefálico	108	4,0	

Fuente: Registro del CCEM

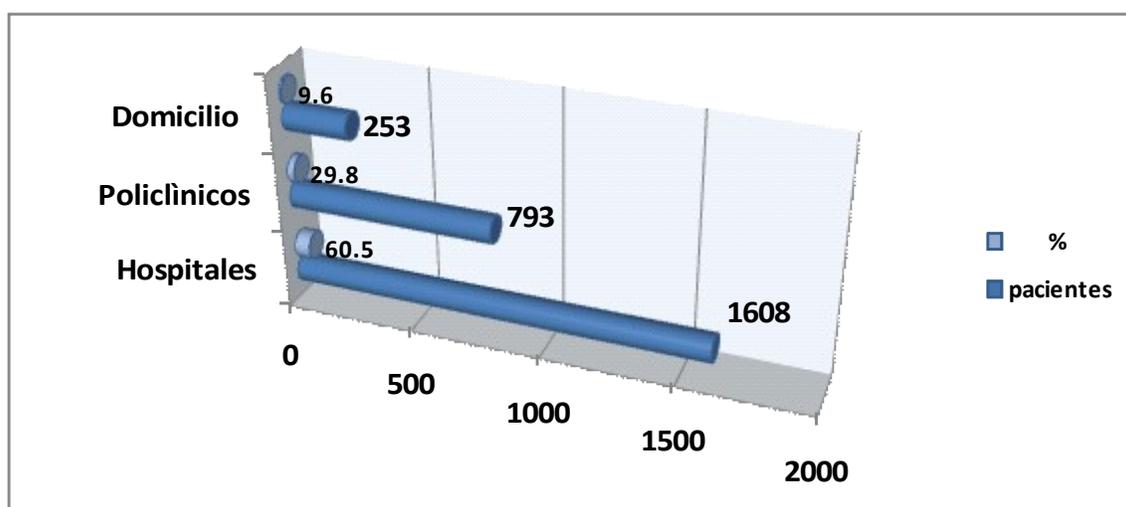
Gráfico 6. Prioridades de las demandas



Fuente: Registro del CCEM

De los pacientes trasladados por el CCEM (gráfico 6), 1512 (56,9 %) fueron incluidos en la primera prioridad, 687 (25,8 %) en la segunda, 220 en la tercera y 235 en la cuarta.

Gráfico 7. Destino de los pacientes



Fuente: Registro del CCEM

El gráfico 7 demuestra que el primer destino de los pacientes fueron los hospitales representando el 60,5 %, un grupo menor, 29,8 % se trasladó hacia los policlínicos, retornándose a sus domicilios el 9,6 %.

Discusión

El CCEM de La Habana asistió y trasladó 2654 pacientes > 65 años a los servicios de urgencias de policlínicos y hospitales, representando el 30,2 % de los pacientes. Otros estudios reflejan cifras que oscilan entre el 25 % y 38 % de los pacientes trasladados por los sistemas de emergencia médica,^{5,6,7} significando que los pacientes que utilizan este medio para arribar a los servicios de urgencias tienen peor estado de salud.⁸ En España la proporción de pacientes que utilizaron los SEM para su traslado a los servicios de urgencias aumentó progresivamente con la edad. Las tasas mayores de uso de los servicios de emergencia médica fueron las correspondientes a los pacientes de edad muy avanzada y se considera debe aumentar entre el 38,3 % y 49 % en el año 2030.⁹ Comparado con otras edades los pacientes mayores tienen 4,4 veces más probabilidades de utilizar ambulancias, y 5,6 veces más probabilidades de ingresar en el hospital.¹⁰ Los servicios de emergencia prehospitalarios componentes del sistema nacional de salud, y el servicio de ambulancias con equipamiento para realizar apoyo vital avanzado, garantizan el traslado seguro de los pacientes y ha permitido reducción de la mortalidad, facilitando prioridad en su atención, y disminución en iniciar procedimientos terapéuticos.^{11,12}

Encontramos predominio del sexo femenino sobre el masculino, otros trabajos relacionados señalan hallazgos similares.^{9,13}

Los pacientes incluidos en el grupo de edad 75-84 años fue el más numeroso representando 38,2 %, otros autores señalan predominio en el grupo representado entre 65-74 años.¹⁴

La mayoría de las demandas (49,3 %) realizadas al CCEM se originaron desde los domicilios de los pacientes, en segundo lugar en los policlínicos, y en tercer lugar los hospitales con 29,4 % y 19 % respectivamente. Más de la mitad (65,1 %) fue realizada por médicos desde las instituciones de salud y médicos de familia en los domicilios. El domicilio del paciente representa un escenario frecuente en el que tienen que actuar las tripulaciones de las ambulancias; otras veces centros de salud solicitan apoyo ante un paciente en situación crítica, este entorno de trabajo es favorable para los equipos de emergencias, debido a que el paciente ya ha sido diagnosticado y en la mayoría de las ocasiones se han comenzado maniobras de soporte vital avanzado.¹⁵

La hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, diabetes mellitus y las neoplasias fueron los antecedentes patológicos que prevalecieron en los pacientes estudiados.

La hipertensión arterial es el factor más reconocido en la génesis de enfermedades que afectan el árbol vascular, significativamente las cardiovasculares y las cerebrovasculares.¹⁶

Los diagnósticos presuntivos más frecuentes lo constituyeron las enfermedades cardiovasculares, con 164 síndrome coronario agudo (SCA), 141 pacientes con crisis hipertensiva, y 112 con dolor precordial en su conjunto, aunque la enfermedad cerebrovascular con 336 pacientes ocupó el primer lugar como diagnóstico aislado. En la población en edad geriátrica las enfermedades del sistema cardiovascular son habitualmente el motivo de consulta más frecuente en las urgencias hospitalarias,¹⁷ mientras que la edad fue un factor de riesgo estadísticamente significativo para la ocurrencia de eventos vasculares donde a mayor edad aumenta la ocurrencia de los mismos.¹⁸ El dolor torácico supone una causa frecuente de consulta de urgencia, tanto en los sistemas de emergencias médicas, como en los servicios de urgencias hospitalarias o extrahospitalarias, estimándose en un 5 % del total de los motivos de consulta,¹⁹ El dolor torácico suele considerarse la forma clásica de presentación de los SCA y ser la clave para la aplicación de las guías asistenciales, aunque se conoce que la proporción de pacientes con diagnóstico final de infarto que no consultaron por dolor torácico puede llegar a ser del 33 %.²⁰

La enfermedad cerebrovascular es una importante causa de morbilidad, mortalidad e discapacidad,^{21,22} afectando a los pacientes de edad avanzada. La edad se considera factor de riesgo no modificable para padecerla, siendo frecuente en pacientes >65 años, más aún en aquellos que superan los 80 años.^{23,24}

Un grupo importante de pacientes presentó infecciones respiratorias agudas. La neumonía es una de las infecciones más comunes en las personas mayores de 65 años. Un estudio realizado en una comunidad española señala la incidencia de neumonía adquirida en la comunidad es de 15,4 casos/1000 habitantes/año en las personas con edades comprendidas entre los 60 y los 74 años, y de 34,2 casos /1000 habitantes/año en los mayores de 75 años.²⁵

Otros diagnósticos registrados fueron por número de pacientes incluidos: trastornos de la conciencia, estado de deshidratación, fracturas de cadera, disnea, y trauma craneoencefálico.

La mayoría de los pacientes fueron clasificados en la la primera prioridad asistencial, 60,5 % fue trasladado a los hospitales, y 29,8 % a policlínicos. Otros estudios señalan que los ingresos hospitalarios de pacientes mayores suponen un 32 %, frente al 7,5 % de pacientes de otras edades, y un 7 % es enviado a unidades de cuidados intensivos frente a un 1 % de pacientes más jóvenes,^{10,12} mientras la población mayor 80 años produce una tasa de ingreso hospitalario 4,3 veces superior a la de la población menor de 25 años, de forma que el 44 % de los fallecimientos se producen en este grupo de edad, se produce un incremento exponencial de la prevalencia de las enfermedades cardiovasculares y de la mortalidad asociada.²⁶ En un grupo de pacientes se produjeron traslados interhospitalares, para brindar recursos médicos, exámenes complementarios, y procedimientos diagnósticos - terapéuticos, carentes en el hospital emisor, experiencia compartida en estudio similar.²⁷

Conclusiones:

El envejecimiento progresivo de la población cubana y el aumento en las expectativas de vida, hacen necesario realizar reflexiones sobre los aspectos más relevantes, que permitan tener una idea, lo más cercana posible, sobre las consecuencias que para el sector salud en todos sus sistemas puede provocar el acelerado proceso de envejecimiento en Cuba.

Bibliografía

1. Albala C, Lebrão ML, León Díaz EM, Ham Chande R, Hennis AJ, Palloni A, et al. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Rev Panam Salud Pública*. 2005;17(5/6):307-22.
2. Hoskins I, Kalache A, Mende S. Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad. *Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad*. *Rev Panam Salud Pública*. 2005;17(5/6):444-7.
3. Alonso Galbán P, Sansó Soberats FJ, Díaz-Canel Navarro AM, Carrasco García M, Oliva T. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Rev Cubana Salud Pública* [revista en la Internet]. 2007 Mar [citado 2013 Mar 07]; 33(1): [aprox. 11 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100010&lng=es.
4. Rodríguez Cabrera A, Álvarez Vázquez L. Repercusiones del Envejecimiento de la Población Cubana en el Sector Salud. *Rev Cubana Salud Pública* 2006;32(2):178-82.
5. McCusker J, Raluca I, Ciampi A, Vadeboncoeur A, Roberge D, Larouche D, et al. Hospital Characteristics and Emergency Department Care of Older Patients Are Associated with Return Visits. *Academic Emergency Medicine*. 2007;14:426–33.
6. Shah MN, Bazarian JJ, Lerner EB, Fairbanks RJ, Barker WH, Auinger P, Friedman B. The Epidemiology of Emergency Medical Services Use by Older Adults: An Analysis of the National Hospital Ambulatory Medical Care Survey. *Academic Emergency Medicine*. 2007;14:441–8.
7. Iwata M, Kuzuya M, Kitagawa Y, Ohmiya T, Iguchi A. Transfer of elderly patients from health care facilities to emergency departments: Prospective observational study of the emergency department in Japan. *Geriatrics and Gerontology International*. 2003;3:250–55.
8. Moya Mir MS. Urgencias en ancianos. *Emergencias*. 1999;11:265-6.
9. Platts-Mills TF, Leacock B, Cabañas JG, Shofer FS, McLean SA. Uso de los servicios de emergencias médicas por parte de los ancianos. *Prehospital Emergency Care*. 2011(ed. esp.);4(3):311-6.
10. Fisher RH. El papel de la geriatría en los servicios de urgencias. *Rev. Esp Geriatric Gerontology* 2003;38(1):30-3.
11. Padua Ramos J, Ortiz Pérez I, Céspedes-Cabal F. Emergency prehospitalary medical system specialized in Critical Medicine 10 years experience in Mexico City. *Neumol Cir Torax*. 2000;59(4):102-8.
12. Ely M, Lisa K, Hyde MPA, Donaldson A, Furnivall R, Mann C. Evaluating State Capacity to Collect and Analyze Emergency Medical Services Data. *Prehospitalary Emergency Care*. 2006;10(1):14-20.

13. Richards ME, Hubble MW, Crandall C. Influence of ambulance arrival on emergency department time to be seen. *Prehospital Emergency Care*. 2006;10:440–6.
14. Pallardo Rodil B, Santa Olalla Peralta P, Ribera Casado JM. Importancia de la asistencia urgente en el paciente anciano. *An Med Interna*. 2001;18(1):5-8.
15. García del Águila J, Mellado Vergel FJ, García Escudero B. Sistema integral de urgencias: funcionamiento de los equipos de emergencias en España. *Emergencias*. 2001;13:326-31.
16. Buergo Zuasnarbar MA, Serrano Verdura C. Programa Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad Cerebrovascular. *Resumed*. 2000;13(14):174-81.
17. Guirao Mirete ME, Fernández Pardo JF. Incidencia y distribución temporal de los procesos Cardiovasculares en urgencias de un hospital general durante un año. *Emergencias*. 2001;13:8-13.
18. Zapata-Colindres J, Medina-Hernández M, Orellana-San Martín C. Factores de Riesgo de Enfermedad Isquémica Coronaria y Cerebrovascular en el Hospital Escuela. *Rev Med Post UNAH [Internet]*. 2002 Sep-Dic [citado 21 Sep 2012];7(3): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMP/pdf/2002/pdf/Vol7-3-2002-3.pdf>
19. García-Castrillo Riesgo L, Loma-Osorio LM, Recuerda Martínez E, Muñoz Cacho E. La cardiopatía isquémica en los servicios de urgencia hospitalarios. Proyecto EVICURE. *Emergencia*. 2000;12:183-190.
20. García-Castrillo Riesgo L. Emergencias. Epidemiología del síndrome coronario agudo en los servicios de urgencias. *Emergencias*. 2002;14:S69-S74.
21. Fischer CE, Barnung L, Nielsen M, Rasmussen LS. Prehospital identification of stroke – room for improvement. *European Journal of Neurology*. 2008;15:792–6.
22. Gállego J, Herrera M, Jericó I, Muñoz R, Aymerich N, Martínez-Vila E. El ictus en el siglo XXI. Tratamiento de urgencia. *An Sist Sanit Navar*. 2008;31(Supl 1):15-30.
23. Alonso de Lerdeña M, Nùñez G, Díaz Tejedor E. Relevance of stroke code, stroke Unit and stroke network in organization of acute stroke case. The Madrid Acute Stroke Program. *Cerebrovasc Dis*. 2009;(Supp 1):140-7.
24. Ministerio de Salud Pública: Anuario estadístico 2010, Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, La Habana, 2011.
25. Pinilla Llorente B. Neumonía en los ancianos institucionalizados. *An Med Interna (Madrid)*. 2003;20:555-7.
26. Montiel Dacosta JA, Santaló IM, Balaguer Martínez JV, Tembory Ruiz F, Povar MJ. Factores pronóstico a corto plazo en los ancianos atendidos en urgencias por síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST. *Emergencias*. 2011;23: 455-60.
27. Cardenete Reyes C, Polo Portes CE, Téllez Galán G. Escala de valoración del riesgo del transporte interhospitalario de pacientes críticos: su aplicación en el Servicio de Urgencias Médicas de Madrid (SUMMA 112). *Emergencias*. 2011;23:35-8.

Recibido: 24 de agosto de 2014
Aprobado: 02 de septiembre de 2014

Efraín Chibás Ponce. Centro Coordinador Emergencia Médica Provincial La Habana.
Dirección Calle 44 esq. 17, Playa, La Habana. Cuba. Dirección electrónica:
efrainchp@infomed.sld.cu