

Worauf bei geriatrischen Notfällen zu achten ist

Der Schein trügt sehr oft

Ältere Personen sind trotz gleichen chronologischen Alters biologisch in sehr unterschiedlichem Zustand. Während die einen gebrechlich sind, gehen andere noch diversen Sportarten oder Berufen nach. Dr. Heimlich beispielsweise rettete noch im Alter von 96 Jahren mit seinem berühmten Manöver, das er bei dieser Gelegenheit zum ersten Mal anwendete, einer Mitbewohnerin im Seniorenheim das Leben. Dennoch können auch fitte Senioren zu Notfallpatienten werden. Was bei Senioren auf der Notfallstation anders ist, erklärte PD Dr. Christian Nickel, Leitender Arzt vom Notfallzentrum am Universitätsspital Basel.



Christian Nickel

Präsentiert sich ein alter Patient auf der Notfallstation, sind eine akute Allgemeinzustandsverschlechterung und eine Verwirrung noch kein Grund für die herabwürdigende Diagnose «Pflegenotfall». Denn die Symptomausprägung bei alten Patienten kann anders sein als bei jüngeren. Beispielsweise tritt bei einem Herzinfarkt die Verwirrung (13%) fast so häufig auf wie die klassischen Thoraxschmerzen (19%) (1). Die für einen Myokardinfarkt typischen Thoraxschmerzen können mit zunehmendem Alter sogar ganz ausbleiben, wie eine Untersuchung zeigte (2). Gemäss dieser hatten von 434 877 Herzinfarktpatienten 33 Prozent keine Thoraxschmerzen. Es zeigte sich, dass die Patienten ohne Thoraxschmerzen im Durchschnitt 7 Jahre älter waren (74 vs. 67 Jahre) als die Leidensgenossen mit Thoraxschmerzen. Das hat auch Folgen: Patienten ohne Thoraxschmerzen kamen im Vergleich zu jenen mit Thoraxschmerzen später ins Spital, wurden weniger aggressiv behandelt und hatten eine höhere Spitalmortalität (23,3 vs. 9,3%) (2). «Eine atypische Präsentation ist bei alten Patienten typisch», fasst Nickel zusammen. Thoraxschmerzen als Zeichen eines Myokardinfarkts nehmen mit steigendem Alter ab, Dyspnoe, allgemeine Schwäche, Verwirrung, Bauchschmerzen und Synkopen dafür zu (3). «Die allgemeine Schwäche ist leider sehr unspezifisch, aber auf Notfallstationen häufig. Sie belegt international den 5. Rang aller Notfallpräsentationssymptome», so Nickel.

Untertriage bei älteren Notfallpatienten häufig

Die häufigsten Erkrankungen, weswegen über 65-jährige Patienten die Notfallstation mit allgemeiner Schwäche aufsuchen, sind Infekte, Dehydratation, Elektrolytstörungen, Herzinsuffizienz, Anämie oder gar Malignome, aber auch einfach Gebrechlichkeit (Frailty). Eine unspezifische Krankheitspräsentation kann dazu führen, dass Risiken nicht erkannt werden. Folge davon seien Untertriereraten von bis zu 25 Prozent, zitierte der Referent eine eigene Untersuchung

bei 519 über 65-jährigen Notfallpatienten (4). «Entscheidungen aufgrund des chronologischen Alters allein sind fehl am Platz», so Nickel. Ein weiterer Grund für die Untertriage waren nicht korrekt interpretierte Vitalzeichen (4). Diese sind bei älteren Patienten nicht prädiktiv für Tod oder eine Verlegung auf die Intensivstation, wie eine andere Studie mit 3800 Patienten mit Vitalzeichenmessung zeigte (5). Sich primär auf solche Scores zu verlassen, birgt daher die Gefahr, schwer kranke Patienten zu verpassen, so Nickel. Hilfreich sei es, die Ausgangswerte zu kennen. Hat ein Patient im «Normalzustand» einen systolischen Blutdruck von 180 mmHg, kann ein Blutdruck von 120 mmHg bei ihm einen Schockzustand bedeuten. Auch die Atemfrequenz gibt wichtige prognostische Hinweise bei älteren Patienten. Eine hohe Atemfrequenz von > 30/min ist mit siebenfachem Mortalitätsrisiko verbunden (6). Ab einem Alter von 65 Jahren steigt die Spitalmortalität mit erhöhter Atemfrequenz viel stärker an als bei jüngeren Patienten (7).

Ein verlässliches Zeichen für den Zustand einer alten Person bei Spitalpräsentation ist sein Gang, dieser sagt manchmal mehr aus als ein Blick in die Krankengeschichte (8). Mit der 4-Positionen-SUHB-Skala zur Beurteilung des Gangs (S = stabil aufrecht; U = instabil aufrecht, H = braucht Hilfe beim Gehen; B = bettlägerig) lässt sich beispielsweise die 30-Tage-Spitalmortalität schon recht gut abschätzen. Bei einem stabilen Gang liegt das Risiko bei 0,1 Prozent, bei einem instabilen (Krücken) bei 1,7 Prozent, mit Rollstuhl bei 5,2 Prozent, bei Bettlägerigen bei sogar 18 Prozent.

Liebe zum Detail:

Füsse untersuchen kann sehr hilfreich sein

Auch Stürze sind bei älteren Personen häufige Ursachen für den Notfallbesuch. Ab einem Alter von 65 Jahren stürzt etwa jeder Dritte einmal pro Jahr. «Werden Sie skeptisch, wenn jemand über einen Teppich stolpert, den er schon 30 Jahre hat. Untersuchen Sie die Füsse, manchmal sagt deren Pflege viel aus. Ungepflegte, lange, krumme Nägel können beispielsweise ein Zeichen für beeinträchtigte Exekutivfunktionen

Kasten:

Wichtig bei geriatrischen Notfällen

- ▲ chronologisches Alter entspricht selten dem biologischen Alter
- ▲ atypischer Myokardinfarkt ohne Thoraxschmerzen mit dem Alter zunehmend
- ▲ allgemeine Schwäche ist das fünfthäufigste Symptom auf der Notfallstation und kann gefährlich sein
- ▲ Vitalzeichen mit Baseline vergleichen
- ▲ Gang ist ein Vitalzeichen der älteren Person
- ▲ Sturzrisiko abschätzen
- ▲ Sturzhergang hinterfragen
- ▲ Schwäche, Stürze, Delir treten oft zusammen auf
- ▲ Medikamentenliste kontrollieren
- ▲ Patientenwillen erfragen

sein, aber auch über den Sozialstatus mit Vereinsamung oder finanziellen Problemen Auskunft geben.» Eine prospektive Studie bei älteren Sturzpatienten untersuchte die Risikofaktoren für Sturz. Von 263 Patienten waren 39 Prozent im Jahr zuvor schon einmal oder mehrere Male gestürzt. 14 Prozent stürzen im folgenden halben Jahr erneut. Dabei stellten sich als grösste Risikofaktoren chronische Fusswunden (Hazard-Ratio [HR]: 3,71), vorangegangene Stürze (HR: 2,6), Unfähigkeit, die Zehennägel zu schneiden (HR: 2,04), und eine selbstberichtete Depression (HR: 1,72) heraus (9).

Ein guter Indikator für das Sturzrisiko ist gemäss Nickel der «Walk-and-Talk-Test». Man geht mit dem Patienten ein Stück und fragt ihn etwas. Bleibt er stehen, um zu antworten, ist sein Risiko, in den nächsten 6 Monaten zu stürzen, erhöht (positiv prädiktiver Wert 83%), wie eine schwedische Untersuchung zeigte. Wer anhielt, um zu sprechen, hatte im Vergleich zu den Weitergehenden einen weniger sicheren Gang und bewegte sich auch langsamer fort (10).

Auch dem Sturzhergang sollte mehr Gewicht beigemessen werden. Das Etikett «Stolpersturz» ist gängig, doch ist die Prognose von «Stolperern» nicht besser oder schlechter als von jenen, die aus anderen Gründen gestürzt sind, wie aus einer Datenanalyse hervorging. Daher sollte dieses Etikett nicht mehr verwendet werden, da sie den Eindruck einer benignen Ursache erweckt, so die Autoren dieser Untersuchung (11). Nicht zuletzt gibt auch das Verletzungsmuster Aufschluss. Nicht immer ist der angegebene Sturz die Ursache. Auch Misshandlungen oder Vernachlässigung können zu «Stürzen» führen. Weitere Hinweise hierfür können ungepflegtes Äusseres, Untergewicht, nicht wetterangepasste Kleidung oder eine ausgeprägte Ängstlichkeit sein.

Ursachensuche bei gebrechlichen Senioren

Bei gebrechlichen (frail) alten Personen genügt irgendein Stressor, um eine allgemeine Schwäche, Stürze oder ein Delir zu induzieren. Das sind alles unspezifische Symptome, die ähnliche Outcomes haben (12) «und oft auch zusammen auftreten», so Nickel. Daher ist es wichtig, die zugrunde liegende Ursache zu finden.

Ein Blick auf die Medikamentenliste noch vor der stereotypen Suche nach Harnwegsinfekten kann auch schon Aufschluss geben. Oft finden sich darauf mehrere Psychotropika, die auch zum aktuellen Zustand geführt haben könnten.

Das Delir als akuter Verwirrheitszustand mit fluktuierendem Verlauf findet sich bei etwa 10 Prozent aller älteren Notfallpatienten und ist häufig ein Symptom einer zugrunde liegenden Erkrankung. Es kann aber auch triviale Ursachen haben wie beispielsweise Schmerz oder eine volle Blase. Das Delir, das per se mit einer erhöhten Mortalität einhergeht, werde verpasst, wenn nicht systematisch danach gesucht werde, erinnerte Nickel.

Entlassen oder nicht?

Zu entscheiden, ob ein älterer Notfallpatient stationär aufgenommen ist oder nicht, ist nicht einfach. Das Vitalzeichen «Walk and Talk», die Baselinewerte sowie eine Fremdanamnese können dabei helfen. Patienten mit verändertem mentalem Zustand, mit Dyspnoe oder Schwäche/Müdigkeit sollten aber eher nicht entlassen werden, da das Mortalitätsrisiko bei ihnen 3- bis 4-fach erhöht ist, wie eine amerikanische Untersuchung bei über 10 Millionen Notfallpatienten zeigte. In dieser Untersuchung wurden unerwartete Todesfälle innerhalb von 7 Tagen nach dem Besuch der Notfallstation auf Ursachen und Risikofaktoren analysiert (13).

Eine Entscheidung kann nach Abklärung der geriatrischen Big 5 M (Multikomplexität, Medikamente, Mobilität, Geist [Mind] und Patientenwillen [Matters most]) erfolgen. Wichtig sei es, in jedem Fall zu fragen, was der Patient wolle, rät Nickel abschliessend. ▲

Valérie Herzog

Quelle: «Geriatrische Notfälle – Top 10 Pitfalls», 11. 1. 2018, Universitäts-spital Basel.

Referenzen:

1. Day JJ et al.: Acute myocardial infarction: diagnostic difficulties and outcome in advanced old age. *Age Aging* 1987; 16: 239–243.
2. Canto JG et al.: Prevalence, clinical characteristics, and mortality among patients with myocardial infarction presenting without chest pain. *JAMA* 2000; 283: 3223–3229.
3. Glickman SW et al.: Development and validation of a prioritization rule for obtaining an immediate 12-lead electrocardiogram in the emergency department to identify ST-elevation myocardial infarction. *Am Heart J* 2012; 163: 372–382.
4. Grossmann FF et al.: At risk of undertriage? Testing the performance and accuracy of the emergency severity index in older emergency department patients. *Ann Emerg Med* 2012; 60: 317–325.
5. Lamantia MA et al.: Predictive value of initial triage vital signs for critically ill older adults. *West J Emerg Med* 2013; 14: 453–460.
6. Buist M et al.: Outcomes from out of hospital cardiac arrest (OHCA)? What really matters is the patient. *Resuscitation* 2004; 85: 155–156.
7. Smith GB et al.: Should age be included as a component of track and trigger systems used to identify sick adult patients? *Resuscitation* 2008; 78: 109–115.
8. Kellett J et al.: A four item scale based on gait for the immediate global assessment of acutely ill medical patients – one look is more than 1000 words. *Eur Geriatr Med* 2014; 5: 92–96.
9. Carpenter CR et al.: Identification of fall risk factors in older adult emergency department patients. *Acad Emerg Med* 2009; 16: 211–219.
10. Lundin-Olsson L et al.: Stops walking when talking as a predictor of falls in elderly people. *Lancet* 1997; 349: 617.
11. Sri-on J et al.: Is there such a thing as a mechanical fall? *Am J Emerg Med* 2016; 34: 582–585.
12. Clegg A et al.: Frailty in elderly people. *Lancet* 2013; 381: 752–762.
13. Obermeyer Z et al.: Early death after discharge from emergency departments: analysis of national US insurance claims data. *BMJ* 2017; 356: j239.