

EDITORIAL

EDEN: una oportunidad para conocer y mejorar la atención integral de las personas mayores en los servicios de urgencias españoles

EDEN — the Emergency Department and Elder Needs project — is a chance to understand and improve a whole-system approach to elder care in Spanish emergency departments

F. Javier Martín-Sánchez¹⁻³, Cristina Bermejo Boixareu⁴⁻⁶

El envejecimiento poblacional conlleva que el paciente mayor sea un usuario cada vez más frecuente en los servicios de urgencias (SU)¹. Aunque dicho grupo de edad que suele hacer un uso adecuado de los SU hospitalarios, su atención urgente es más compleja y se asocia a peores resultados de salud¹.

El reto EDEN (*Emergency Department and Elder Needs*) surge para ampliar el conocimiento acerca de aspectos sociodemográficos, clínicos, asistenciales, organizativos y evolutivos de la población anciana atendida en los SU españoles². El presente número de EMERGENCIAS recoge dos artículos derivados de dicho registro. De manera resumida, el primero viene a ilustrar el perfil de pacientes mayores atendidos en los SU españoles² y el segundo si este se modificó durante la primera ola de la pandemia COVID-19³.

Aunque los resultados mostrados son esperables, ponen en relieve la importancia del problema. El primer artículo describe datos de 18.374 pacientes de 65 o más años procedentes de 40 SU de 12 comunidades autónomas². Entre los resultados a destacar: 1) un 28,3% de los pacientes atendidos fueron ancianos; 2) los mayores presentaron edad muy avanzada y un alto grado de comorbilidad y fragilidad (43% tenía 80 o más años; 23,3% comorbilidad moderada o grave, 13,9% demencia previamente diagnosticada, 64,7% algún grado de dependencia, y 10,3% institucionalizados); 3) consumieron un elevado número de recursos extrahospitalarios y hospitalarios (26,9% trasladado en ambulancia; 6 de cada 10 necesitaron analítica o radiografía simple y 1 de cada 10 una tomografía computarizada; 26% estancia en unidad de observación y 26% ingreso hospitalario); y 4) según se incrementaron los grupos de edad, aumentó de forma muy significativa el grado de comorbilidad y fragilidad y el uso de recursos sociosanitarios (ambulancia, valoración médica previa, pruebas complementarias y tratamientos en urgencias, tiempo de estancia en urgencias, y recurso cama en unidad de observación y hospitalaria, así como ayuda social), y disminuyó la frecuencia de ingreso en cuidados intensivos².

El segundo artículo compara los 6.806 pacientes ancianos atendidos en la primera oleada pandémica de COVID-19 con los 18.374 pacientes de la cohorte EDEN, previamente descritos³. Entre las principales diferencias observadas en dicho periodo fueron: 1) el número de atenciones urgentes se redujo un 65% en el periodo de la primera ola de la pandemia; 2) se incrementó el porcentaje de pacientes mayores atendidos en los SU (31,7% vs 28,3%), y 3) a pesar de encontrar diferencias estadísticamente significativas entre ambas cohortes en términos de comorbilidad y situación funcional, las más relevantes desde un punto de vista clínico fueron la mayor frecuencia de varones (51,4% vs 46,5%), la procedencia de residencia (11,9% vs 10,3%), la necesidad de ambulancia medicalizada (32,7% vs 6,9%), las derivaciones atendidas previamente por médico de atención primaria (27,4% vs 18,7%) o por iniciativa del cuidador (10,1% vs 7,6%), y, muy especialmente, la mayor mortalidad, tanto durante la hospitalización (13,1% vs 3,1%) como la observada durante la estancia en urgencias (1,8% vs 0,5%). Aunque los autores no recogieron el motivo de consulta del episodio, se estima que la mayoría de los pacientes atendidos durante dicha época fue por problemas relacionados con la infección por SARS-CoV-2. De hecho, los factores independientes relacionados con la mortalidad intrahospitalaria se han descrito previamente en estudios realizados en pacientes mayores con COVID-19⁴.

Los resultados de los presentes trabajos abren la reflexión sobre el requisito de adaptar los SU de nuestro entorno a las necesidades individuales de los mayores, cada vez más frecuentes, y que presentan un alto grado de comorbilidad y fragilidad multidimensional. La filosofía de la Medicina de Urgencias y Emergencias (MUE), centrada en el problema de consulta con el fin de descartar o tratar las patologías tiempo-dependientes, puede no ser suficiente para el paciente mayor. La atención urgente del anciano frágil debe ser integral teniendo en cuenta los objetivos y preferencias individuales de cada paciente. Las variables geriátricas no suelen ser consideradas por los urgenciólogos, a pesar de haber mostrado

Filiación de los autores: ¹Servicio de Urgencias, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España. ²Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos (IdISSC), Madrid, España.

³Facultad de Medicina, Universidad Complutense, Madrid, España. ⁴Servicio de Geriátrica, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, España. ⁵Instituto de Investigación Sanitaria Puerta de Hierro – Segovia Arana, Madrid, España. ⁶Facultad de Medicina, Universidad Autónoma, Madrid, España.

Contribución de los autores: Los autores han confirmado su autoría en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Autor para correspondencia: Francisco Javier Martín-Sánchez. Servicio de Urgencias, Hospital Clínico San Carlos. Calle Profesor Martín-Lagos, s/n, 28040 Madrid, España.

Correo electrónico: fjms@hotmail.com

Información del artículo: Recibido: 20-10-2022. Aceptado: 20-10-2022. Online: 24-10-2022.

DOI:10.55633/s3me/E01.2022

Editor responsable: Óscar Miró.

un fuerte efecto pronóstico en la patología aguda y condicionar el diseño adecuado de un plan de cuidados y seguimiento⁵. Además, los principios de la atención geriátrica no han sido incluidos en las guías de práctica clínica de patologías agudas específicas y los ensayos clínicos no cuentan con un número representativo de pacientes mayores⁵.

La valoración geriátrica integral (VGI) es el procedimiento diagnóstico y terapéutico multidimensional e interdisciplinar que ha demostrado mejorar los resultados en los mayores frágiles⁶. Se han publicado diversas propuestas para llevar a cabo una valoración geriátrica abreviada adaptada a urgencias¹. Esta valoración multidimensional ha mostrado beneficios en todos los momentos críticos del proceso de urgencias, como son el triaje, la valoración clínica, la toma de decisiones de procesos diagnósticos, terapéuticos y de alta, así como de la transición de cuidados⁵. Además, a la hora de determinar los resultados en salud en los pacientes frágiles, debe darse mayor prioridad a la situación funcional, la calidad de vida y las medidas de resultado y experiencia reportados por el paciente que a la mortalidad⁷.

La MUE Geriátrica surge para proporcionar una atención centrada en el paciente, sostenible y costo-efectiva con el fin de mejorar los resultados en salud de los pacientes mayores atendidos en los SU, manteniendo los principios de la medicina basada en la evidencia⁷. Este campo está teniendo un crecimiento progresivo en las últimas dos décadas que incluye guías clínicas, libros de texto, programas de formación de estudiantes y residentes, creación de grupos de trabajo (Geriatric Emergency Medicine SEMES, European Task Force for Geriatric Emergency Medicine, American College of Emergency Physicians GEM group, International Federation of Emergency Medicine GEM group), redes de investigación y programas de acreditación para la adaptación geriátrica de los SU. La MUE Geriátrica reconoce la importancia de la suma de ambas especialidades⁷. Estamos en el momento de mejorar la formación y las competencias geriátricas de los urólogos así como la realización de estudios de investigación de calidad en dicho campo para mejorar los resultados en dicho grupo etario.

La estancia en los SU de los pacientes mayores, especialmente los frágiles, se asocia a una mayor probabilidad de presentar complicaciones relacionadas con la asistencia y experiencias negativas relacionadas con el largo tiempo de espera y el entorno físico⁸. Cada vez son más los sistemas sanitarios que potencian “hospitales amigables para los mayores” con el fin de mejorar los resultados en salud, la calidad de vida, los costes y los riesgos asociados a la atención hospitalaria⁹. Los

modelos de atención adaptados a los mayores en los SU son variables. El programa de acreditación GEDA (describir) de la ACEP (*American College of Emergency Physicians*) valora diferentes criterios como la plantilla, la formación, los protocolos y guías clínicas, el equipamiento y suministros, medidas de resultados, la mejora de calidad y el entorno físico con el fin de otorgar diferentes niveles de acreditación. (<https://www.acep.org/geda/>)¹⁰. El registro EDEN es un primer paso para incrementar la evidencia científica en el área de la MUE Geriátrica, lo cual será de gran ayuda a la hora de diseñar estrategias dirigidas a crear un entorno amigable con el fin de mejorar los resultados y la calidad de vida de los pacientes mayores atendidos en los SU españoles.

Conflicto de intereses: FJMS recibe becas PI15/00773 y PI18/00456 del Instituto de Salud Carlos III procedentes de fondos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) y Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER).

Financiación: Los autores declaran la no existencia de financiación en relación al presente artículo.

Responsabilidades éticas: Los autores han confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Artículo encargado y con revisión interna por el Comité Editorial.

Bibliografía

- Martín-Sánchez FJ, Fernández Alonso C, Gil Gregorio P. Puntos clave en la asistencia al anciano frágil en Urgencias. *Med Clin (Barc)*. 2013;140:24-9.
- Miró O, Jacob J, García-Lamberechts EJ, Piñera Salmerón P, Llorens P, Jiménez S, et al. Características sociodemográficas, funcionales y consumo de recursos de la población mayor atendida en los servicios de urgencias españoles: una aproximación desde la cohorte EDEN. *Emergencias*. 2022;34:418-27.
- González del Castillo J, Jacob J, García-Laberechts EJ, Piñera Salmerón P, Alquézar-Arbé A, Llorens P, et al. Sociodemografía, comorbilidad y situación funcional basal de los pacientes mayores atendidos en urgencias durante la pandemia de COVID y su relación con la mortalidad: análisis a partir de la cohorte EDEN-Covid. *Emergencias*. 2022;34:428-36.
- López-Izquierdo R, Ruiz Albi T, Bermejo-Martín JF, Almansa R, Villafaña Sanz FV, Arroyo Olmedo L, et al. Modelos de riesgo para la predicción de mortalidad hospitalaria en ancianos con neumonía por COVID-19. *Emergencias*. 2021;33:282-91.
- Shenvi CL, Platts-Mills TF. Managing the Elderly Emergency Department Patient. *Ann Emerg Med*. 2019;73:302-7.
- Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, Langhorne P, Burke O, Harwood RH, et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;9:CD006211.
- Mooijart SP, Carpenter CR, Conroy SP. Geriatric emergency medicine-a model for frailty friendly healthcare. *Age Ageing*. 2022;51:afab280.
- Hoon LS, Mackey S, Hong-Gu H. Elderly patients' experiences of care in the emergency department: a systematic review. *JBI Libr Syst Rev*. 2010;8(34 Supl):1-25.
- Kennedy M, Lesser A, Israni J, Liu SW, Santangelo I, Tidwell N, et al. Reach and Adoption of a Geriatric Emergency Department Accreditation Program in the United States. *Ann Emerg Med*. 2022;79:367-73.