

EDITORIAL

Sobre los mayores que viven en residencias y su atención en los servicios de urgencias

On older persons living in residential facilities and their care in emergency health services

Cesáreo Fernández Alonso

La vejez según Platón tiene sus debilidades, y para ella se prevén lugares de descanso. Desde la antigüedad han ido surgiendo, por un lado, asilos para ancianos sin recursos regentados en su mayoría por organizaciones religiosas y hospicios a costa de la beneficencia pública, y por otro, retiros para mayores con recursos que han ido modernizándose hacia centros cualificados. En la última década se ha definido a las *nursing homes* (residencias asistidas) como residencias que proporcionan asistencia sociosanitaria durante 24 horas a mayores que requieren en su mayoría ayuda en las actividades de la vida diaria (AVD). La estancia puede ser corta por descanso o rehabilitación, o larga hasta el final de la vida¹.

En España hay más de 9 millones de personas mayores de 65 años y un tercio de estas tienen 80 años o más. Unas 300.000 personas viven en 6.000 residencias, mayoritariamente privadas con menos de 100 plazas². Se estima que la mitad de estos residentes serán atendidos en los servicios urgencias (SU) en un año, acaparrando hasta el 2% de total de atenciones³. Sin embargo, las características de los mayores residentes atendidos en urgencias de nuestro entorno no son bien conocidas. En un estudio con casi 20.000 residentes, el perfil habitual es el de paciente de edad avanzada, alta comorbilidad, polifarmacia, malnutrición, dependencia grave para las AVD, deterioro cognitivo y terminal. Con frecuencia acuden a urgencias y la mitad fallecen en el año².

En el presente número de EMERGENCIAS, Afonso-Argilés *et al.*⁴ presentan un trabajo de gran interés donde se objetiva una mortalidad del 15% a corto plazo (en urgencias o en los 30 días posteriores al alta) en una muestra de casi 2.500 admisiones en urgencias de mayores residentes, la cual se asocia a una edad de 90 años o más, alta comorbilidad y dependencia moderada o grave. Concluyen que estos pacientes podrían beneficiarse de intervenciones dirigidas a evitar traslados potencialmente innecesarios a urgencias y a garantizar una buena calidad de los cuidados en fases finales de la vida en los propios SU. En relación a estas intervenciones, se podrían plantear varias reflexiones que a continuación se discuten.

En primer lugar, se podría perfilar el tipo de persona mayor, distinguiendo los mayores robustos de los frágiles o vulnerables potencialmente recuperables que requieren atenciones de alta complejidad y de los mayores “paliativos” al final de la vida sobre los que se priorizan medidas de confort. En urgencias, existe interés de identificar al paciente mayor de alto riesgo de presentar eventos adversos (revisita, hospitalización, deterioro funcional y muerte) al alta de urgencias. Para ello, no existe unanimidad de cuál es la herramienta más adecuada. La escala *Identification Senior at risk* (ISAR) podría ser una herramienta útil al respecto⁵. No es una escala de fragilidad en sentido estricto, pero muestra buena correlación en urgencias con escalas específicas como la *Clinical Frailty Scale* (CFS) o la PRISMA-7⁶. La CFS es quizás una herramienta que permite diferenciar al mayor robusto del frágil leve, moderado o grave “terminal”. La *Short Physical Performance Battery* (SPPB) es una herramienta de fragilidad física de gran interés en urgencias que distingue al paciente robusto, prefrágil y frágil⁷. Como herramientas que se centran en identificar al paciente “paliativo” al final de la vida, destacan la escala PALIAR y el índice PROFUND⁸. La escala POAWS identifica a mayores con alto riesgo de fallecer 48 horas siguientes a la atención en el ámbito prehospitalario⁹. La 6M-UCE identifica al paciente con alta probabilidad de muerte a 6 meses tras el alta de urgencias y unidades vinculadas¹⁰. Estas escalas muestran variables también descritas por Afonso-Argilés *et al.*⁴. A su vez, existen programas que distinguen al paciente crónico complejo (PCC) del paliativo con cronidad avanzada (MACA)¹¹. En mayores con enfermedad oncológica avanzada, los criterios de terminalidad están mejor definidos, aunque el reto sigue siendo la enfermedad no oncológica. Según lo anterior, disponemos de herramientas para identificar al mayor frágil y distinguirlo del paliativo al final de la vida. La categorización de los mayores por parte de los profesionales sanitarios de las propias residencias y urgencias teniendo en cuenta preferencias del mayor y sus allegados permitiría adecuar los cuidados y podría evitar traslados y hospitalizaciones innecesarias que no aportan beneficios al mayor.

Filiación de los autores: Servicio de Urgencias, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

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

Autor para correspondencia: Cesáreo Fernández Alonso. Servicio de Urgencias. Hospital Clínico San Carlos. Dr. Martín Lagos, s/n. 28040 Madrid, España.

Correo electrónico: cesareofa@hotmail.com

Información del artículo: Recibido: 30-8-2022. Aceptado: 30-8-2022. Online: 22-9-2022.

DOI: 10.55633/s3me/E02.2022

Editor responsable: Óscar Miró.

En segundo lugar, se debería poder conocer los recursos sanitarios disponibles en las propias residencias de mayores^{2,3}. Como se ha comentado al inicio, las residencias o *nursing homes* son un grupo heterogéneo de centros para mayores en su mayoría asistidos. Algunas tienen la capacidad de atender a mayores complejos y frágiles en situación de cronicidad, convalecencia o recuperación funcional, y además, ofrecer cuidados paliativos al final de la vida incluyendo la fase agónica. En cambio, otros centros son hogares de mayores con capacidad limitada para ayudar en las AVD y sin capacidad para atender las agudizaciones que requieran, por ejemplo, medicación parenteral. La primera ola de la pandemia por COVID fue demoledora, aflorando estas diferencias y limitaciones y dejando claro que las residencias no son hospitales. En este sentido, se deberían optimizar recursos alternativos a la hospitalización en centros de alta complejidad en las propias residencias en caso de no disponer de los mismos, como son la hospitalización a domicilio (en este caso en residencia), programas de telemedicina, equipos de soporte de paliativos o derivación temporal a centros de complejidad intermedia, sin necesidad de tener que acudir a urgencias. La figura del geriatra de enlace ofrece resultados prometedores².

En tercer lugar, se debería rediseñar los propios SU con intención de adaptarse al mayor^{11,12}. Esta “geriatrización” puede ser funcional o estructural. En el primer caso, hablamos de medidas de intervención que pasan por una valoración geriátrica adaptada llevada a cabo por un equipo interdisciplinar en urgencias^{11,12} que, junto a un plan de cuidados y una transición adecuadas podrían mejorar los resultados a corto plazo tras el alta¹¹⁻¹³. La adaptación estructural implica por el momento la creación de áreas vinculadas a urgencias específicas para personas mayores¹¹⁻¹⁴. La unidad de atención al paciente institucionalizado (UAPI) en urgencias es pionera, ha mejorado la coordinación entre las residencias y el hospital, ha reducido estancias e ingresos y ha adecuado la derivación a hospitales de apoyo reduciendo costes¹⁵.

En definitiva, numerosos pacientes en urgencias son mayores que proceden de residencias y es necesario optimizar su atención. El identificar al mayor de riesgo frágil y al paliativo, categorizar las residencias para conocer sus capacidades, disponer de recursos alternativos a la hospitalización y adaptar funcional o estructuralmente los SU al paciente mayor podría mejorar los resultados y ofrecer una atención de calidad hasta el final de la vida.

Conflicto de intereses: El autor declara no tener conflictos de interés en relación con el presente artículo.

Financiación: El autor declara la no existencia de financiación en relación al presente artículo.

Responsabilidades éticas: El autor ha confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el do-

cumento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Artículo encargado y con revisión interna por el Comité Editorial.

Bibliografía

- Sanford AM, Orrell M, Tolson D, Woo J, Abbatecola AM, Arai H, et al. An International Definition for “Nursing Home”. *JAMDA*. 2015;16:181-4.
- Menéndez-Colino R, Argentina F, Merello de Miguel A, Barcons Marqués M, Chaparro Jiménez B, Figueroa Poblete C, et al. La Geriátrica de Enlace con residencias en la época de la COVID-19. Un nuevo modelo de coordinación que ha llegado de quedarse. *REGG*. 2021;56:157-65.
- Brucksch A, Hoffmann F, Allers K. Age and sex differences in emergency department visits of nursing home residents: a systematic review. *BMC Geriatr*. 2018;18:1-10.
- Afonso-Argilés FJ, Comas Serrano M, Blázquez-Andión M, Castells Oliveres X, Cirera Lorenzo I, García Pérez DJ, et al. Factores asociados con mortalidad a corto plazo entre personas que viven en residencias atendidas en servicios de urgencias: resultados del estudio multicéntrico Caregency. *Emergencias*. 2022;34:437-43.
- Fernández Alonso C, González Armengol JJ, Perdígones J, Fuentes Ferrer ME, González Del Castillo J, Martín-Sánchez FJ. La utilidad de la escala Identification of Seniors at Risk (ISAR) para predecir los eventos adversos a corto plazo en los pacientes ancianos dados de alta desde una unidad de corta estancia. *Emergencias*. 2015;27:181-4.
- O’Caoimh R, Costello M, Small C, Spooner L, Flannery A, O’Reilly L, et al. Comparison of Frailty Screening Instruments in the Emergency Department. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16:3626.
- Martín-Sánchez FJ, Parra Esquivel P, Llopis García G, González Del Castillo J, Rodríguez Andradá E, Espinosa B, et al. Resultados a 30 días en los pacientes mayores frágiles con insuficiencia cardiaca aguda dados de alta desde urgencias o sus unidades vinculadas que cumplen los criterios de alto riesgo del estudio DEED FRAIL-AHF. *Emergencias*. 2021;33:165-73.
- Díez-Manglano J, Gómez-Aguirre N, Velilla-Marco J, Lambán Aranda MP, de Escalante Yanguela B, Fuertes Ruiz D, en nombre de los investigadores del estudio PALIARAGON. Comparison between PROFUND and PALIAR indexes in polypathological patients with advanced non-oncologic chronic diseases. *Med Clin*. 2019;153:196-201.
- Martín-Rodríguez F, Sanz-García A, Ortega Moreno L, del Pozo Vegas C, Castro-Villamor MA, Martín-Conty JL, et al. Modelo de riesgo de mortalidad precoz en pacientes ancianos con enfermedad aguda atendidos por servicios de emergencias prehospitalarias. *Emergencias*. 2020;32:177-84.
- Martín-Sánchez FJ, Perdígones J, Ferré Losa C, Llopis F, Navarro Bustos C, Borraz Ordas C, et al. Modelo de riesgo de mortalidad a 180 días en los pacientes ancianos ingresados en unidades de corta estancia: 6M UCE-SCORE. *Emergencias* 2018;30:315-20.
- Puig Campmany M, Blázquez Andión M, Ris Romeu J. Aprender, desaprender y reaprender para asistir ancianos en urgencias: el secreto del cambio. *Emergencias*. 2020;32:122-30.
- Fernández Alonso C, Martín-Sánchez FJ. Geriatric assessment in frail older patients in the emergency department. *Reviews in Clinical Gerontology*. 2013;23:275-82.
- Fernández Alonso C, Fuentes Ferrer ME, Jiménez Santana MI, Fernández Hernández L, de la Cruz García M, González del Castillo J, et al. Intervención multidimensional que mejora el pronóstico a corto plazo entre los ancianos frágiles dados de alta desde una unidad de corta estancia: estudio cuasiexperimental. *Rev Clin Esp*. 2018;4:163-9.
- Conroy SP, Ansari K, Williams M, Laithwaite E, Teasdale B, Dawson J, Mason S, et al. A controlled evaluation of comprehensive geriatric assessment in the emergency department: the “Emergency Frailty Unit.” *Age Ageing*. 2014;43:109-14.
- Bermejo Boixareu C, Saavedra Quirós V, Gutiérrez Parrés B, Núñez González A, Gómez Rodrigo J. Reducción de costes mediante un programa de coordinación entre médicos de urgencias y médicos de residencias. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2017;52:295-6.