

EDITORIAL

El anciano frágil en urgencias: principales retos*Frail older patients in the emergency department: main challenges*Mireia Puig-Campmany^{1,3,4}, Josep Ris-Romeu^{1,2,4}

El envejecimiento y el progresivo sobreenvejecimiento de la población se relaciona con un incremento de las necesidades sanitarias, entre las que se cuentan, sin duda, las consultas a urgencias y los ingresos hospitalarios. El Instituto Nacional de Estadística describe un hecho igualmente común en todo el mundo desarrollado: en 2035 el 26,5% de la población española tendrá más de 65 años y la esperanza de vida en 2069 para esas personas añadirá 22,5 años en hombres (3,8 más que actualmente) y 26,3 en mujeres (3,6 años más)¹.

Los pacientes ancianos con demanda urgente presentan especificidades que los diferencia. Más allá de las enfermedades propias del grupo etario y de las matizadamente más similares a las de la población general, a menudo se añaden síndromes geriátricos, pueden manifestar signos y síntomas característicamente inespecíficos y adoptar presentaciones, a menudo, atípicas. Finalmente, la polifarmacia es una condición habitual que a menudo se entremezcla en el cuadro clínico.

Además, los pacientes ancianos sufren mayores riesgos derivados de la propia estancia en el servicio de urgencias hospitalario (SUH), como la aparición de *delirium*, y están bien documentadas estancias hospitalarias más prolongadas, mayores tasas de ingreso y mayor mortalidad. También es propio de este grupo poblacional tanto el "infratriaje", que ocasiona demoras inapropiadas en la atención, como el infradiagnóstico y el infratratamiento y, al contrario, aumentan los eventos adversos resultantes de exploraciones y tratamientos o sobretatamientos.

La organización y funcionamiento actual de los SUH se corresponde con un enfoque de calidad y muy protocolizado, pero más centrado en el binomio diagnóstico-tratamiento. Sin embargo, en pacientes frágiles con demanda urgente se precisa de un abordaje distinto, de mayor amplitud y más complejo, que se centre en la evaluación integral de los problemas y las necesidades (clínicas, sociales y funcionales) de la persona², con una visión claramente diferenciada de la más convencional. Por todo ello, se requiere disponer de herramientas que permitan identificar fácilmente la población de riesgo y se hace imprescindible adaptar el proceso de atención y armar, tanto los servicios como sus profesionales, de

competencias específicas³, protocolos adecuados y, preferiblemente, utilizar un entorno adaptado⁴.

El triaje es un punto relevante de la atención en urgencias. Su objetivo es asignar el nivel de prioridad para evitar los eventos adversos relacionados con la eventual demora. Sin embargo, los sistemas de triaje clásicos muestran graves defectos para la evaluación de los pacientes ancianos⁵. La literatura identifica las propias peculiaridades de la población anciana como barreras para una correcta evaluación; por ejemplo, síntomas y signos atípicos, sutiles o poco específicos, la existencia de deterioro cognitivo que dificulta la participación del paciente o los cambios fisiológicos que obligan a que los signos vitales deban ser interpretados de diferente manera. Todos estos factores contribuyen al infratriaje y a que muy a menudo las consultas queden englobadas en un heterogéneo nivel de prioridad 3, hecho que sabemos puede ocasionar retrasos inapropiados en la atención⁶.

A pesar de la dificultad, el triaje puede y debe ser también una oportunidad para identificar un paciente con características especiales de vulnerabilidad y, en consecuencia, detectar si se hace necesaria una adaptación de la atención prestada. La literatura describe distintas estrategias útiles en los SUH para mejorar la identificación del problema, aunque no existe unanimidad en el uso de una herramienta determinada, de tal modo, que las guías recomiendan realizar una selección razonable de la población en base a características propias de su entorno⁴. El uso sistemático de determinadas escalas de fragilidad no está bien establecido, puesto que no están optimizadas o suficientemente validadas en el ámbito de urgencias y sus resultados pueden resultar poco valorables en el contexto de un cuadro agudo.

Por este motivo, y para cualquier grupo etario, existe un interés creciente en hallar escalas que permitan la detección precoz en los SUH de pacientes con riesgo aumentado de sufrir un evento desfavorable, como el ingreso en el hospital, en cuidados intensivos, o el fallecimiento⁷⁻⁹. En este número de EMERGENCIAS, Arévalo *et al.*¹⁰ exponen su experiencia. Los autores tradujeron la escala NEWS-2 al español, formaron al personal de

Filiación de los autores: ¹Servicio de Urgencias, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ²Proceso de Atención Urgente, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ³Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), España. ⁴Institut de Recerca Biomèdica Sant Pau (IB Sant Pau), Barcelona, 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: Mireia Puig Campmany. Servicio de Urgencias. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. C/ Sant Quintí, 87. 08025 Barcelona, España.

Correo electrónico: mpuigc@santpau.cat

Información del artículo: Recibido: 26-7-2022. Aceptado: 28-7-2022. Online: 1-9-2022.

Editor responsable: Óscar Miró.



Figura 1. Atención urgente clásica y adaptada al paciente anciano frágil. La organización y funcionamiento actual de los servicios de urgencias hospitalarios se corresponde a un enfoque muy centrado en el binomio diagnóstico-tratamiento. En el anciano con un proceso urgente se precisa de un abordaje distinto, más amplio y complejo, centrado en una evaluación integral de las necesidades (clínicas, sociales y funcionales), equipos multidisciplinares protocolos y áreas adaptadas para la prevención de riesgos y síndromes geriátricos incidentales, primar la calidad de vida y las preferencias de paciente y cuidadores, y garantizar transferencias de calidad y continuidad en los cuidados.
*Áreas adaptadas y protocolos.

enfermería de triaje y realizaron un pilotaje. En una segunda fase, estudiaron su capacidad predictiva para eventos como los descritos o para la parada cardiorrespiratoria en los SUH. Es el primer trabajo de estas características en nuestro entorno y refieren una muy buena capacidad predictiva con una variabilidad interobservador muy baja. No se ofrecen resultados separados por segmentos de edad, y las características de la muestra, con una edad media de 56,8 años, unas estancias cor-

tas en el SUH (media 1,32) y un 50,6% de prioridad 4 y 5 sugieren una baja representación de pacientes ancianos o muy ancianos en la muestra estudiada. Se trata de un trabajo inicial de mucho valor, que podría complementarse con un trabajo multicéntrico que incluyera hospitales de distintos niveles y especificara los resultados por rangos de edad, para poder valorar la utilidad de la escala en todos los rangos de edad y en todos los ámbitos hospitalarios.

La identificación de la población diana vulnerable es un factor primordial. Permite arrancar un proceso de atención diferenciado, que incorporando también la evaluación geriátrica integral, facilite obtener un diagnóstico situacional, para ajustar la intensidad diagnóstica y terapéutica a las necesidades y a las preferencias del paciente y, finalmente, establecer un plan de cuidados y de posibles soluciones. En nuestra experiencia, la identificación sistemática de la población vulnerable en triaje puede hacerse en menos de 3-4 minutos cuando lo hacen profesionales de urgencias entrenados. Hemos obtenido buenos resultados utilizando herramientas estructuradas relativamente simples, pero reproducibles, que permiten iniciar una atención adaptada ya desde la llegada del paciente². Sin embargo, se hace necesario consolidar estándares con mayor evidencia. En definitiva, añadir un plan de atención y cuidados específico para el anciano vulnerable ofrece la oportunidad de mejorar los resultados de la atención sanitaria en esta población^{11,12} mediante la reducción y prevención de complicaciones evitables, facilitar una transición segura (preferiblemente a su entorno) y, cuando el plan se comparte y extiende, propicia una coordinación más eficaz con los diferentes niveles asistenciales (Figura 1).

Los SUH necesitan protocolizar y ordenar este nuevo escenario. El American College on Emergency Physicians (ACEP) publicó en 2014 las primeras guías para impulsar la adaptación de los SUH para la atención urgente de los ancianos⁴, y en 2018 creó la Geriatric Emergency Department Accreditation (GEDA). Hoy existen 339 SUH acreditados en todo el mundo, entre los que se encuentra el SUH del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona como único centro europeo. En 2018, la European Society for Emergency Medicine (EUSEM) y la European Geriatric Medicine Society (EuGMS) aunaron fuerzas y crearon la European Task Force on Geriatric Emergency Medicine (ETGEM)¹³, con el objetivo de desarrollar recomendaciones clínicas de expertos en medicina de urgencias geriátrica para difundirlas por toda Europa¹⁴. Sin embargo, a pesar de la necesidad creciente y la rápida expansión de los conocimientos en este campo, no se ha producido una implementación generalizada del cambio. Es obligado trasladar este concepto a la realidad de los SUH, pues no parece existir otra manera de afrontar el reto de futuro que planteábamos al inicio del editorial y su éxito significará un gran impacto, tanto en términos de calidad asistencial, como de sostenibilidad del sistema.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación con el presente artículo.

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

- Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de población 2020-2070. 2020. (Consultado 20 Julio 2022). Disponible en https://www.ine.es/prensa/pp_2020_2070.pdf.
- Puig-Campmany M, Blázquez-Andion M, Ris-Romeu J. Aprender, desaprender y reaprender para asistir ancianos en urgencias: el secreto del cambio. *Emergencias*. 2020;32:122-30.
- Bellou A, Nickel C, Ganansia O, Banerjee J, Devriendt E, Mooijaart S, et al. Creación del Currículum Europeo de Medicina de Urgencias y Emergencias Geriátrica: una colaboración entre la European Society for Emergency Medicine (EUSEM) y la European Union of Geriatric Medicine Society (EUGMS) The European Curriculum of Geriatric. *Emergencias*. 2016;28:295-8.
- Rosenberg MS, Carpenter CR, Bromley M, Caterino JM, Chun A, Gerson L, et al. Geriatric Emergency Department guidelines. *Ann Emerg Med*. 2014;63:e7-25.
- Puig-Campmany M, Blázquez-Andion M, Ris-Romeu J. Triage tools: a cautious (and critical) view towards their use in old patients. *Eur Geriatr Med*. 2022;3:319-22.
- Levin S, Toerper M, Hamrock E, Hinson JS, Barnes S, Gardner H, et al. Machine-Learning-Based Electronic Triage More Accurately Differentiates Patients With Respect to Clinical Outcomes Compared With the Emergency Severity Index. *Ann Emerg Med*. 2018;71:565-574.e2.
- 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.
- López-Izquierdo R, Albi TR, Bermejo-martín JF, Almansa R, Victoria F, Sanz V, et al. Modelos de riesgo para la predicción de mortalidad hospitalaria en ancianos con neumonía por COVID-19. *Emergencias*. 2021;33:282-91.
- Spencer W, Smith J, Date P, De Tonnerre E, Taylor DMD. Determination of the best early warning scores to predict clinical outcomes of patients in the emergency department. *Emerg Med J*. 2019;36:716-21.
- Arévalo-Buitrago P, Morales-Cané I, Luque EO, Godino-rubio M, Rodríguez-borrego MA, López-soto PJ. Validación en España de la escala National Early Warning Score 2 (NEWS-2) para la detección precoz en urgencias de pacientes en riesgo de deterioro. *Emergencias*. 2022;34:452-7.
- Boreskie KF, Hay JL, Boreskie PE, Arora RC, Duhamel TA. Frailty-aware care: giving value to frailty assessment across different healthcare settings. *BMC Geriatr*. 2022;22:1-12.
- Amblàs-Novellas J, Espauella-Panicot J, Inzitari M, Rexach L, Fontecha B, Romero-Ortuno R. En busca de respuestas al reto de la complejidad clínica en el siglo XXI: a propósito de los índices de fragilidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2017;52:159-66.
- EUSEM. European Task Force on Geriatric Emergency Medicine (ETGEM) [Internet]. 2018.(Consultado 20 Julio 2022). Disponible en: <https://eusem.org/sections-and-committees/sections/geriatric-section/gemttaskforce>.
- Lucke JA, Mooijaart SP, Heeren P, Singler K, McNamara R, Gilbert T, et al. Providing care for older adults in the Emergency Department: expert clinical recommendations from the European Task Force on Geriatric Emergency Medicine. *Eur Geriatr Med*. 2022;13:309-17.