

## EDITORIAL

## Identificar al paciente frágil en un servicio de urgencias: un esfuerzo urgente y necesario

### *Identifying the frail patient in the emergency department: an urgent and necessary effort*

Sira Aguiló Mir

En 2020, el número de personas mayores de 60 años superó al de niños menores de 5 años según el informe sobre envejecimiento y salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El ritmo de envejecimiento poblacional es mucho más rápido que en el pasado. Estas cifras, junto con la mayor necesidad de atención médica en estas franjas de edad, suponen un reto para el sistema sociosanitario actual.

La OMS ha definido el período 2020-2030 como la década del envejecimiento saludable<sup>1</sup>, entendido como el bienestar en la vejez, manteniendo la capacidad funcional que permite ser y hacer lo que para uno es importante. Parece sencillo, incluso poético; pero la realidad se impone y no siempre es posible mantener la capacidad cognitiva que permite tomar decisiones ni mantener la funcionalidad y la autonomía en edades avanzadas. Sólo con abrir un segundo los ojos, cualquiera que trabaje en un servicio de urgencias (SU) puede ver a más de un anciano con envejecimiento no saludable esperando para ser atendido. En la mayoría de los SU españoles, la atención de estos pacientes no cumple los estándares de calidad recomendados<sup>2,3</sup>. El paciente geriátrico es el paradigma del paciente complejo y este cambio de paradigma trae consigo nuevos desafíos como profesionales sanitarios, como sociedad en su conjunto y como sistema sanitario global.

El envejecimiento es un proceso biológico, gradual e irreversible por la acción del tiempo sobre el organismo. Quizás abrumados por los avances médicos de las últimas décadas queríamos creer que podíamos obviarlo y que la inmortalidad estaba a la vuelta de la esquina. Cambios en el sistema inmunitario, pérdida de masa muscular, aumento del riesgo de caídas, cambios cerebrales que afectan a la capacidad cognitiva y a las respuestas coordinadas, aumento de la rigidez arterial y disminución en la adaptación de la respuesta del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal<sup>4</sup> constituyen algunos de los cambios fisiológicos propios del envejecimiento que ocasionan una manifestación diferente de la enfermedad y de las posibilidades acordes de enfrentarse a ella y de responder a los tratamientos establecidos.

Como sanitarios, somos conscientes de ello porque nos lo impone a diario la realidad, pero no es infre-

cuente confundir envejecimiento con enfermedad. Medicalizamos el envejecimiento, dándole el trato de enfermedad, y pretendemos evaluar la respuesta al tratamiento según los procesos estandarizados de dosis-respuesta. Mientras sigamos bajo el modelo de diagnóstico por enfermedades, y no consideremos que el envejecimiento es una etapa con características diferenciales específicas, seguiremos sin detectar al anciano frágil y proponiendo tratamientos no ajustados a dicho paciente y, por lo tanto, no apropiados.

La primera medida sería determinar la edad biológica del paciente, su estado de envejecimiento y actuar acorde a ello. El término fragilidad sería el que mejor define esta edad biológica. Se define como la capacidad de un material de fracturarse. Nos referimos así a aquel anciano que debemos cuidar para que no se fracture ni física ni mentalmente, trabajando en la prevención, mantenimiento e incluso mejoría de dicha fragilidad.

Podemos definir fragilidad como la respuesta tangible a los múltiples cambios propios del envejecimiento que originan una disminución de la reserva funcional con una peor respuesta a cualquier estrés<sup>5</sup>. Un síndrome geriátrico, condicionado por la limitación en los mecanismos compensadores que sitúan al individuo en una situación vulnerable. Es un factor de riesgo independiente de mortalidad y de resultados adversos de salud con una fuerza de asociación superior a la cronicidad y a la comorbilidad<sup>6,7</sup>. La fragilidad mide esa respuesta fisiológica y la suma de esos cambios que marcan la edad biológica y, juntamente con la valoración geriátrica integral (VGI), va más allá y abarca también la esfera cognitiva y psicosocial del individuo.

Aunque los SU no son el lugar más idóneo para una valoración integral de pacientes complejos, el paciente mayor y frágil es cada vez más frecuente. Actualmente, no disponemos de una escala de fragilidad universal<sup>8</sup> y es necesario el desarrollo de una herramienta de medida estandarizada, que permita su cuantificación lo más objetivamente posible para facilitar su identificación sistemática en los SU y su incorporación como ítem imprescindible en la toma de decisiones.

En este sentido, en el presente número de EMERGENCIAS, se publica el artículo "Rendimiento de

Filiación de los autores: Servicio de Urgencias Medicina, Hospital Clínic de Barcelona, España.

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

Autor para correspondencia: Sira Aguiló Mir. Servicio de Urgencias Medicina. Hospital Clínic. Villarrol 170. 08036 Barcelona, España.

Correo electrónico: siraaguilo@gmail.com

Información del artículo: Recibido: 11-4-2023. Aceptado: 13-4-2023. Online: 25-4-2023.

Editor responsable: Óscar Miró.

tres escalas de fragilidad para predecir resultados adversos a 30 días en los pacientes mayores dados de alta en los servicios de urgencias” donde Fernández Alonso *et al.* comparan una de las escalas de fragilidad más utilizada, la Clinical Frailty Scale (CFS), la Identification Senior at Risk (ISAR) que, aunque no sea una escala estrictamente de fragilidad, es capaz de predecir la seguridad al alta desde un SU en los pacientes mayores, y el Índice eMERgency (FIM), mucho más sencillo y en este sentido más adecuado a los tiempos y espacios de los SU. El FIM muestra una buena correlación, especialmente con la CFS. Probablemente incorporar la FIM a la práctica asistencial diaria de los SU<sup>9</sup>, como herramienta de cribado, permitiría categorizar al paciente mayor como frágil o no frágil de una forma rápida y podría estandarizarse como un punto de partida para alertar de la necesidad de una estimación más detallada.

Como postulaba Hipócrates, no se nos debería nunca olvidar el principio de no hacer daño, *Primum non nocere*. Detectar al paciente frágil para prevenir que se rompa. La fragilidad es una condición crónica pero dinámica que con las medidas adecuadas, podemos incluso revertir. Pero para ello es necesario detectarla y ser capaces de medirla y estandarizarla. Los SU, como parte integrante del sistema sanitario, debemos adaptarnos al paciente frágil con un enfoque integral, estableciendo planes de cuidados personalizados que no únicamente comprendan el tratamiento específico de la enfermedad, sino que se encaminen al mantenimiento de la funcionalidad, la autonomía y la máxima calidad de vida, de acuerdo con las posibilidades reales del paciente, sus preferencias y sus creencias ético-morales. Este cambio de paradigma no será posible si no incorporamos la bioética para abordar adecuadamente los desafíos que se plantean. Sólo así, conseguiremos la medicina que muchos de nosotros entendemos que debe ser el futuro. Una medicina de precisión, que tenga como foco principal al paciente, con propuestas terapéuticas que aporten valor real, ofreciendo los recursos necesarios en un sistema sanitario eficaz. Sólo así podremos evitar profesionales quemados, sociosanitarios llenos de gente sin capacidad real de rehabilitación

y residencias con gente sin autonomía funcional ni cognitiva, pero con tratamientos de alta complejidad. En esta medicina de futuro, debemos poner al paciente en el centro y establecer una comunicación real y honesta médico-paciente-cuidadores y un enfoque bioético y multidisciplinar, con la participación de trabajadores sociales, enfermeros, fisioterapeutas, psicólogos y nutricionistas.

**Conflicto de intereses:** La autora declara no tener conflicto de interés en relación al presente artículo.

**Financiación:** La autora declara la no existencia de financiación en relación al presente artículo.

**Responsabilidades éticas:** La autora ha 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

- 1 <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
- 2 Age-Friendly Health Systems: Guide to Recognition for Geriatric Emergency Department Accredited Sites. April 2022.
- 3 Martín-Sánchez FJ, Bermejo Boixareu C. EDEN: una oportunidad para conocer y mejorar la atención integral de las personas mayores en los servicios de urgencias españoles. *Emergencias*. 2022;34:409-10.
- 4 Clegg A, Young J, Iliff S, Olde Rikkert M, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2013;381:752-62.
- 5 Frailty and the management of patients with acute cardiovascular disease: A position paper from the Acute Cardiovascular Care Association. *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care* 1-18. 2018.
- 6 Martín-Sánchez FJ, Parra Esquivel P, Llopis García G, González Del Castillo J, Rodríguez Andrada E, Espinosa B, et al. Resultados a 30 días en los pacientes mayores frágiles con insuficiencia cardíaca 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.
- 7 Amblàs-Novellasa J, Espauella-Panicot J, Inzitari M, Rexach L, Fontechag B, Romero-Ortunoh 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;52:159-166.
- 8 Fernández Alonso C. Sobre los mayores que viven en residencias y su atención en los servicios de urgencias. *Emergencias*. 2022;34:411-2.
- 9 Fernández Alonso C, Del Arco Galán C, Torres Garate R, Madrigal Valdés JF, Romero Pareja R, Bibiano Guillén C, et al. Rendimiento de tres escalas de fragilidad para predecir resultados adversos a 30 días en los pacientes mayores dados de alta en los servicios de urgencias. *Emergencias*. 2023;35:195-204.