

EDITORIAL

**Adultos mayores y urgencias de “baja gravedad”:
¿sobreutilización de los servicios de urgencias hospitalarios?***Older Adults and “Low-Severity” Emergencies: Oversue of Hospital Emergency Services?*Mireia Puig-Campmany^{1,3}, Josep Ris-Romeu^{1,3,4}

Las consultas catalogadas como de “baja gravedad” en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) son habituales en cualquier Sistema Sanitario¹, con porcentajes que oscilan del 20 al 45%. Sin embargo, el análisis, tanto cuantitativo, como de sus potenciales causas es, aunque imprescindible, verdaderamente complejo. En primer lugar, si bien una urgencia grave es aquella cuya demora en la atención puede comprometer la vida del paciente o su recuperación funcional, no existe un consenso para delimitar qué es una urgencia de baja gravedad. Para su catalogación suele utilizarse el diagnóstico clínico al alta, confrontándolo con un conjunto de diagnósticos preestablecidos. Esta definición se aparta del motivo de consulta¹, del nivel de urgencia en triaje (medición sistemática en Cataluña) y de factores relacionados con la dependencia del paciente y su entorno social, que pueden marcar comportamientos y circuitos muy distintos en pacientes clínicamente similares². En su conjunto, pueden explicar, en parte, el espectro parecido de diagnósticos finales entre pacientes con urgencias de alta y baja gravedad y su relevancia para categorizar la presunta gravedad de la urgencia^{3,4}. En segundo lugar, los sistemas de medida basados en la codificación diagnóstica según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) que se obtiene de los informes de alta, quizá más útiles en otros entornos, tiene limitaciones en urgencias; así, enfatiza el diagnóstico emitido al final de la consulta por encima del diagnóstico posible con la que se inicia la consulta, y establece gravedades distintas en pacientes con las mismas sospechas e idénticos requerimientos iniciales de atención. De hecho, su sensibilidad y especificidad son modestas para identificar las consultas que podrían manejarse adecuadamente en entornos de atención alternativos a los SUH⁵. Además, no siempre captura la complejidad de las condiciones del paciente: depende de la exhaustividad de información contenida en el documento de alta, del número de diagnósticos informados, de la exactitud y las especificaciones añadidas al diagnóstico y del número de los que finalmente van a ser codificados. Y, por supuesto, de la homogeneidad y calidad del registro entre los distintos centros.

Finalmente, existen otras variables conocidas que influyen sobre los indicadores que evalúan las urgencias (en ocasiones, tanto o más que el propio diagnóstico de alta). Entre ellas, características de la red sanitaria, confianza de la población en los diferentes dispositivos, accesibilidad, financiación pública o privada, sexo, nivel económico y características sociales, étnicas y culturales.

En este número de EMERGENCIAS, el trabajo de Mora *et al.* analiza, a partir de datos del sistema sanitario público catalán (2014-2020), muchos de los factores mencionados en una cohorte de personas de igual o más de 65 años que fueron atendidas en 59 hospitales de distintos niveles, y examina sus asociaciones con las visitas de baja gravedad a los SUH. Para ello, utilizan la metodología clásica basada en diagnósticos CIE de los informes de alta, añadiendo una corrección, menos detallada, por tiempo de estancia en urgencias.

Tras anotar las limitaciones, los autores reportan que el 25,4% de las asistencias de personas mayores fueron de baja gravedad. La cifra, acorde con otras publicaciones, traduce, en realidad, que los ancianos acuden menos a menudo a los SUH que los jóvenes con urgencias de baja gravedad. En sí mismo es relevante, puesto que no es raro considerar erróneamente que los adultos mayores son la parte más importante de sobreutilización de los SUH⁶. Destacan que la presencia de enfermedades crónicas no se asoció con tasas más altas de visitas de baja gravedad, lo cual se explica, hipotéticamente, por un mejor control por parte del sistema de los pacientes crónicos con episodios leves. También anotan que las personas mayores con supuestas mejores rentas, eran menos propensas a utilizar los SUH, aunque no existen datos sobre si simplemente no acudían a urgencias o recurrieron al sistema privado. Finalmente, destacan correlaciones con nacionalidad, complejidad hospitalaria, días de la semana y periodos. Los autores, sugieren una disminución del coste sanitario si se adecuaban los flujos a los SUH y el papel fundamental de la atención primaria (AP).

Algunos de estos resultados, admitirían, sin embargo, interpretaciones con distintos matices en la discusión que establecen. La heterogeneidad de los hospita-

Filiación de los autores: ¹Servicio de Urgencias, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ²Universitat Autònoma de Barcelona, UAB, España. ³IR SANT PAU, Barcelona, España.

⁴Dirección del Proceso de Atención Urgente, Hospital de la Santa Creu i 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. Sant Quintí 87. 08025 Barcelona, España.

Correo electrónico: mpuig@santpau.cat

Información del artículo: Recibido: 24-6-2025. Aceptado: 25-6-2025. Online: 1-7-2025.

Editor responsable: Òscar Miró.

DOI: XXXX

Avance online de artículo en prensa

les agrupados en el estudio y del propio territorio donde están ubicados, con dispositivos igualmente heterogéneos, puede dificultar la valoración de algunos resultados. Por ejemplo, algunos grandes hospitales son referentes en especialidades con un volumen muy elevado de pacientes con patologías agudas de baja gravedad, como oftalmología, lo cual puede, si no es corregido, distorsionar algunas conclusiones. Por otra parte, al ser un trabajo centrado en la edad de los pacientes, sin distinguir claramente la eventual presencia de fragilidad como potencial factor discriminatorio, hace que afronte una dificultad añadida para valorar la necesidad de atención en un SUH en este grupo etario. La fragilidad, más allá de la mayor o menor gravedad diagnóstica final, a menudo induce motivos de consulta de perfil agudo, a veces confusos, que precisan dispositivos con mayor capacidad para su evaluación y resolución. Además, en pacientes frágiles con debilidades funcionales o sociales previas, un diagnóstico final catalogado de baja gravedad, puede comportar un severo deterioro que revela necesidades que, frecuentemente, no pueden ser atendidas, o muy difícilmente, de manera inmediata y global en otros dispositivos⁷.

En el ámbito de urgencias, la presencia de síntomas y signos atípicos, sutiles o poco específicos o la existencia de deterioro cognitivo son hechos que dificultan el triaje (infratriaje), enmascaran las sospechas diagnósticas y pueden demorar la atención necesaria y el proceso diagnóstico (infradiagnóstico)^{8,9}. Por otro lado, en ocasiones, la presencia de síndromes geriátricos que pueden acompañar al cuadro agudo son lo más visible y complican la identificación del proceso etiológico que los desencadena, que al no quedar resuelto en la atención inicial, generará reingresos^{4,10}. De hecho, algunos trabajos exponen cómo ancianos con procesos catalogados de baja gravedad, tienen mayor riesgo de reingreso a los 14 días¹¹, lo cual podría relacionarse con fallos en el triaje estándar y en la valoración global del proceso urgente o, también, con el tránsito incorrecto entre los niveles de atención o la falta de soporte o, simplemente, expone la debilidad de este estándar de medición de las urgencias de baja gravedad (al menos en esta población)¹². Por todo esto, no solo podría inducir infrarregistro de necesidades, sino arrastrar una infraestimación del proceso, dando, como eventual resultado, una propuesta asistencial que, en la práctica, pudiera ser de peor calidad, menos segura y no tan eficiente.

De este modo, el artículo aporta un punto de vista y datos valiosos sobre la eventual sobreutilización de los SUH por urgencias de baja gravedad por parte de las personas mayores; sin embargo, deben ser interpretados con cautela para establecer conclusiones certeras que orienten hacia soluciones apropiadas. Fundamentalmente, por dos motivos: aunque el trabajo se basa en el estándar más establecido de diagnóstico/CIE tras la atención urgente (corregido por un criterio de estancia en el SUH, del que no sabemos la influencia), no mide la sospecha diagnóstica, que es la que verdaderamente definiría el rango real de la urgencia; en segundo lugar, la fragilidad es una condición

que, por sí misma, aumenta la distorsión si no se mide adecuadamente.

Finalmente, dos reflexiones y dos consideraciones; en primer lugar, son de incuestionable valor artículos como el comentado e investigar nuevas maneras de analizar la heterogeneidad de la población atendida en los SUH y sus características clínicas; pero para ello, son necesarios más y nuevos indicadores que complementen los actuales estándares de medición, mejorar los registros al alta y la codificación diagnóstica en los SUH, pero también, incorporar nuevas estrategias, visión innovadora y nuevas herramientas para su estudio⁵. En segundo lugar, compartimos con los autores la necesidad de mejorar la accesibilidad y la coordinación entre dispositivos (aunque no solo sanitarios) y el papel primordial de la AP y nuevas iniciativas¹³, pero al mismo tiempo, y siguiendo las recomendaciones científicas existentes, desarrollar modelos de "geriatriización" de los SUH: identificación y priorización de necesidades, adecuar espacios, medidas diagnóstico-terapéuticas y cuidados adaptados, diseñar programas de facilitación del alta y de prevención de ingresos y reingresos, de una manera integral e integradora entre los distintos actores¹⁴⁻¹⁶.

Es preciso afrontar el reto que supone el envejecimiento y sobrevejecimiento de la población impulsando modificaciones en el modelo global de atención y no solo en los SUH, que deben contribuir a un cambio sistémico, que se hace imprescindible. Es necesario consolidar un modelo adaptado, que facilite una evaluación integral que permita detectar, registrar y prevenir las necesidades del paciente mayor en todas sus dimensiones (clínica, funcional y social), que coordine profesionales, niveles de atención y distintos ámbitos administrativos, que sea proactivo, más seguro y eficaz y, en consecuencia, de mayor resolución, calidad y eficiencia. La sobreutilización de los SUH es una causa, aunque no siempre la mayor, de la sobreocupación de los SUH, por tanto, es necesario su estudio y corrección; sin embargo y paralelamente, implantar nuevos modelos en los SUH que faciliten estancias "útiles" (más breves y resolutorias, con altas adaptadas) contribuye a mejorar la salud de los ancianos, a disminuir la saturación del sistema y colabora en su sostenibilidad y eficiencia.

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

- Slagman A, Schmiedhofer M, Legg D, Krüger D, Eienbröker L, Holert F, et al. Reasons for emergency department use of low-acuity attenders: results from the prospective, multicentre, cross-sectional EPICS-9/PiNo-Bund study. *BMJ Open*. 2025;15:e090681.

Avance online de artículo en prensa

- 2 Tas GN, Pekdemir M, Özturan IU, Dogan NÖ, Yaka E, Yılmaz S. Evaluating the Prognostic Value of Adding Frailty to Triage Assessment in Elderly Patients With Lower Acuity Presentations in the Emergency Department. *J Emerg Med*. 2025;73:1-11.
- 3 Fischer-Rosinsky A, Slagman A, Legg D, Wu YN, King R, Roll S, et al. Frequency, demographics, diagnoses and consultation patterns associated with low-acuity attendances in German emergency departments: a retrospective routine healthcare data analysis from the INDEED project. *BMJ Open*. 2024;14:1-8.
- 4 Moyano García R, Piñera-Salmerón P, Jacob J, González Del Castillo J, Montero-Pérez FJ, Alquézar-Arbé A, et al. Evolución clínica de los pacientes mayores diagnosticados de síncope en servicios de urgencias en España: resultados del estudio EDEN-17. *Emergencias*. 2024;36:281-9.
- 5 Chen AT, Kuzma RS, Friedman AB. Identifying low acuity Emergency Department visits with a machine learning approach: The low acuity visit algorithms (LAVA). *Health Serv Res*. 2024;59:1-11.
- 6 Schouten B, Merten H, Kremers MNT, van Greuningen M, Wagner C, Nanayakkara PWB. Emergency department crowding and older patients: a nationwide retrospective cohort study. *Acute Med*. 2023;22:72-82.
- 7 van Dam CS, Peters MJL, Hoogendijk EO, Nanayakkara PWB, Muller M, Trappenburg MC. Older patients with nonspecific complaints at the Emergency Department are at risk of adverse health outcomes. *Eur J Intern Med* [Internet]. 2023;112:86-92.
- 8 Maestre-Orozco T, Ramos-Rincón JM, Espinosa B, Marín-Aparicio J, Quijal FB, Rocamora PB, et al. Mortality after emergency department discharge: an analysis of 453 599 cases. *Emergencias*. 2024;36:168-78.
- 9 Knight T, Atkin C, Kamwa V, Cooksley T, Subbe C, Holland M, et al. The impact of frailty and geriatric syndromes on metrics of acute care performance : results of a national day of care survey. *eClinical-Medicine* [Internet]. 2023;66:102278.
- 10 Memedovich A, Asante B, Khan M, Eze N, Holroyd BR, Lang E, et al. Strategies for improving ED-related outcomes of older adults who seek care in emergency departments: a systematic review. *Int J Emerg Med*. 2024;17:1-13.
- 11 Hendin A, Eagles D, Myers V, Stiell IG. Characteristics and outcomes of older emergency department patients assigned a low acuity triage score. *Can J Emerg Med*. 2018;20:762-9.
- 12 Tanguay K, Nadeau A, Brousseau AA, Archambault PM, Carmichael PH, Emond M, et al. Nonmedical problems among older adults visiting the emergency department for low acuity conditions: A prospective multicentre cohort study. *Heliyon*. 2024;10(15).
- 13 Kurian D, Sundaram V, Naidich AG, Shah SA, Ramberger D, Khan S, et al. Changes in low-acuity patient volume in an emergency department after launching a walk-in clinic. *JACEP Open*. 2023;4:e13011.
- 14 Fernández-Alonso C P-CMAMS et al. Recomendaciones del Grupo de Trabajo sobre Medicina Geriátrica de Urgencias de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias sobre el cribado de fragilidad, valoración geriátrica e intervención en el Servicio de Urgencias (Recomendaciones GEM-SEMES). *Rev Esp Urg Emerg*. 2025; (en prensa).
- 15 Moloney E, O'Donovan MR, Carpenter CR, Salvi F, Dent E, Mooijaart S, et al. Core requirements of frailty screening in the emergency department: an international Delphi consensus study. *Age Ageing*. 2024;53:1-11.
- 16 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.