

Avance online de artículo en prensa

CARTAS CIENTÍFICAS

Las unidades de fragilidad como elemento de adaptación al paciente mayor en los servicios de urgencias hospitalarios

Frailty units as an adaptation strategy for older patients in hospital emergency departments

Carles Ferré Losa¹, Cesáreo Fernández Alonso², Manuel E Fuentes Ferrer³, María Mir Montero⁴, Belén Rodríguez Miranda⁵, Sira Aguiló Mir⁶, Mireia Puig Campmany⁷, en representación de GEM-SEMS.

El incremento de pacientes mayores en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) ha puesto de manifiesto las limitaciones de los modelos tradicionales de atención urgente para dar respuesta a las necesidades específicas de este grupo poblacional. Paralelamente, se ha desarrollado el concepto de fragilidad como un estado de vulnerabilidad con potencial reversibilidad asociado a peores resultados en salud, cuya identificación precoz permite optimizar la atención y mejorar la toma de decisiones. En este contexto, las unidades de fragilidad (UF) han surgido con la intención de adaptar la atención urgente a la persona mayor, poniendo el foco en la importancia de la valoración geriátrica, la adaptación física del entorno y la creación de circuitos asistenciales específicos, con el objetivo de identificar e intervenir sobre diferentes problemas clínicos, farmacológicos, nutricionales, funcionales, mentales y sociales¹⁻³. No obstante, el grado de implantación y las características de las UF en los SUH españoles son todavía poco conocidos. Por ello, el objetivo de este estudio fue describir su grado de implantación y analizar si la existencia de UF se relacionaba con una mayor adaptación de los SUH para la atención de pacientes de 65 o más años.

Se realizó un estudio transversal entre marzo y septiembre de 2025 mediante una encuesta dirigida a los responsables de los SUH de los hospitales del sistema público de salud incluidos en el listado actualizado del Catálogo Nacional de Hospitales. El cuestionario GERYURG recogía información correspondiente al año 2024 e incluía variables relacionadas con la actividad asistencial, nivel de complejidad hospitalaria, existencia de áreas vinculadas al SUH (área de observación, unidad de corta estancia), adaptación del entorno a las necesidades del paciente mayor, cribado de fragilidad, realización de una valoración geriátrica adaptada (VGA), disponibilidad de equipos interdisciplinarios, elaboración de protocolos para el manejo de síndromes geriátricos, formación de los profesionales en la atención urgente al paciente geriátrico, y

acreditación del SUH para la atención de la población geriátrica (Geriatric Emergency Department Accreditation u otros). La variable clasificatoria fue la existencia de UF, tanto física (área específica para la atención de personas mayores) como funcional (atención a personas mayores en áreas polivalentes no específicas). Se creó la variable agrupada "SUH adaptado al mayor" si en el SUH se realizaba una VGA en equipo, contaban con programa de formación continuada y acreditación geriátrica.

El estudio no implicó intervención sobre pacientes, garantizó la confidencialidad y contó con la aprobación del Comité Ético del Hospital Vall d'Hebron. Se compararon las características de los SUH en función de si estos disponían o no de UF. Para el análisis estadístico, se utilizó la prueba ji-cuadrado o la prueba exacta de Fisher en caso necesario. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0.05$. El procesamiento y análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS 26.0® (SPSS Inc., Chicago, IL, EE.UU.).

De los 294 SUH encuestados, respondieron 62 (21,1%), pertenecientes a 12 comunidades autónomas: 12 (19,4%) en hospitales de primer nivel, 18 (29%) de segundo nivel y 32 (51,6%) de tercer nivel (Figura 1). Durante 2024, los SUH

participantes registraron una media de 113.096 atenciones (RIC 66.673-147.214), de las cuales el 31% correspondieron a pacientes de 65 o más años y el 8% a pacientes de 85 o más años. Once centros (17,7%) disponían de UF: 4 UF físicas, con personal médico, de enfermería y auxiliar asignado y una capacidad de entre 6 y 13 camas, mientras que siete correspondían a UF funcionales. No se observaron diferencias en nivel de complejidad hospitalaria ni en la disponibilidad de unidades vinculadas en centros con y sin UF (Tabla 1).

Al comparar las variables de adaptación del SUH según disponibilidad de UF, no se observaron diferencias significativas en las características del entorno, la posibilidad de acompañamiento familiar ni la disponibilidad de un box individual para atención al final de la vida. El cribado de fragilidad se realizó en 9 de cada 10 centros, independientemente de si el SUH disponía de UF o no. No obstante, en los SUH con UF se realizaba con mayor frecuencia una VGA (72,7% vs 27,5%; $p = 0,004$) que incluía la valoración de las esferas funcional, mental y social.

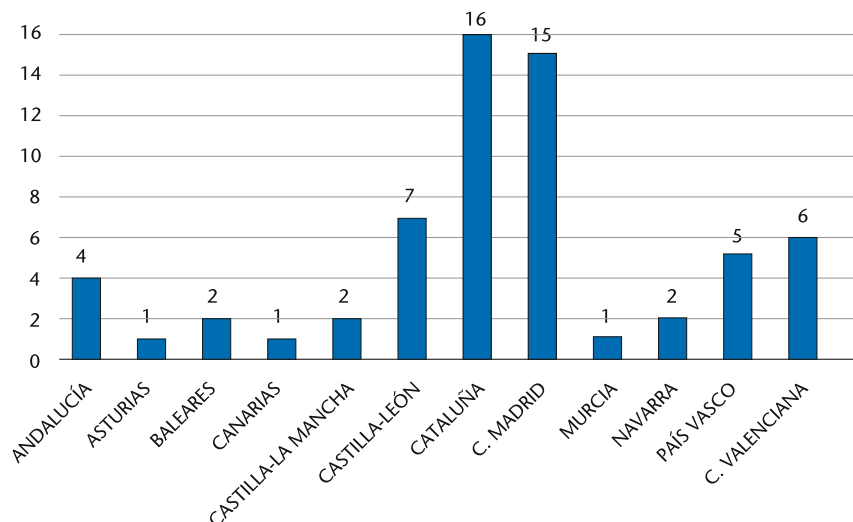


Figura 1. Centros incluidos en el estudio (n). C: Comunidad.

Avance online de artículo en prensa

Tabla 1. Nivel de complejidad de los servicios de urgencias hospitalarias y unidades vinculadas

	Total N (%) 62 (100)	UF No N (%) 51 (82,3)	UF Sí N (%) 11 (17,7)	Valor de p
Nivel de complejidad del hospital				1,000
Nivel I	12 (19,4)	10 (18,9)	2 (18,2)	
Nivel II	18 (29,0)	15 (28,3)	3 (27,3)	
Nivel III	32 (51,6)	26 (52,8)	6 (54,5)	
Área de observación de urgencias	50 (80,6)	41 (80,4)	9 (81,8)	1,000
Unidad de corta estancia de urgencias	24 (38,7)	18 (35,3)	6 (54,5)	0,311

UF: unidades de fragilidad.

También disponían con más frecuencia de equipos interdisciplinarios (a pesar de que las diferencias no fueron significativas), sin mayor participación de geriatras en estos equipos. Por último, tampoco hubo diferencias significativas en la disponibilidad de protocolos de manejo de síndromes geriátricos, aunque estos fueron más frecuentes en SUH con UF (54,5% vs 35,3%, $p = 0,311$). Además, los SUH con UF disponían con mayor frecuencia de programas de formación en geriatría (72,7% vs 33,3%; $p = 0,016$) y una mayor proporción de SUH estaban acreditados, sin llegar a diferencias significativas (45,5% vs 19,6%; $p = 0,058$). En consecuencia, la variable compuesta "SUH adaptado al mayor" fue significativamente más frecuente en los centros con UF (90,9% vs 47,1%;

$p = 0,008$) (Tabla 2). Finalmente, el destino al alta desde los SUH fue similar en los centros con y sin UF: alta a domicilio (72% vs 69,7%), ingreso hospitalario (17,2% vs 20%) y otros destinos (10,8% vs 9,4%).

Los hallazgos del presente estudio sugieren que existe una asociación entre la existencia de UF y determinados indicadores de adaptación geriátrica de los SUH en España, a pesar de que la mayoría de los SUH reconoce identificar al paciente mayor frágil según recomendaciones de GEM-SEMES⁴. Sin embargo, en aquellos con UF fue más habitual la realización de VGA, sin observarse diferencias significativas en la disponibilidad de otros recursos, como la elaboración de protocolos específicos, la disponibilidad de geriatra o la adaptación del entorno

Tabla 2. Características de los servicios de urgencias hospitalarias según la presencia de Unidades de Fragilidad

	Total N (%) 62 (100)	UF No N (%) 51 (82,3)	UF Sí N (%) 11 (17,7)	Valor de p
Entorno físico				
Luz natural	39 (62,9)	31 (60,8)	8 (72,7)	0,516
Control de ruido	22 (35,5)	17 (33,3)	5 (45,5)	0,499
Elementos de orientación	20 (32,3)	16 (31,4)	4 (36,4)	0,735
Suelo antideslizante	33 (53,2)	27 (52,9)	6 (54,4)	0,923
Baño adaptado	47 (75,8)	37 (72,5)	10 (90,9)	0,268
Box de final de vida	58 (93,5)	47 (92,2)	11 (100)	1,000
Organización asistencial				
Cribado de fragilidad	56 (90,3)	46 (90,2)	10 (90,9)	1,000
Valoración geriátrica adaptada	22 (35,5)	14 (27,5)	8 (72,7)	0,012
Valoración funcional	42 (67,7)	32 (62,7)	10 (90,9)	0,087
Valoración mental	32 (51,6)	23 (45,1)	9 (81,8)	0,027
Valoración social	24 (38,7)	19 (37,3)	5 (45,5)	0,736
Protocolos de síndromes geriátricos	24 (38,7)	18 (35,3)	6 (54,5)	0,311
Acompañamiento familiar	47 (75,8)	38 (74,5)	9 (81,8)	0,608
Recursos organizativos				
Equipo Interdisciplinar	15 (24,2)	10 (19,6)	5 (45,5)	0,065
Geriatría en el Equipo Interdisciplinar	6 (9,7)	5 (9,8)	1 (9,1)	0,713
Programas de formación continuada	25 (40,3)	17 (33,3)	8 (72,7)	0,016
Acreditación geriátrica	15 (24,2)	10 (19,6)	5 (45,5)	0,058
Variable agrupada*	34 (54,8)	24 (47,1)	10 (90,9)	0,008

*Variable agrupada: valoración geriátrica adaptada + formación continuada + acreditación geriátrica.

UF: Unidades de Fragilidad.

Los valores en negrita denotan significación estadística ($p < 0,05$).

físico, a pesar de que tendían a ser más frecuentes en SUH con UF.

Existen pocos estudios que evalúen el impacto de las distintas intervenciones en los SUH en la calidad de vida, o en la mejora de la capacidad funcional o cognitiva de los pacientes mayores frágiles^{5,6}. Algunas experiencias previas sugieren que las UF posibilitan un abordaje integral en un entorno adaptado y una mejora en indicadores como la readmisión y la reconsulta, así como el uso de recursos alternativos a la hospitalización, aunque los resultados de los distintos estudios son heterogéneos^{7,8}. En el presente estudio no se observaron diferencias significativas en la disposición del paciente al alta de urgencias entre los SUH que disponían o no de UF. En cualquier caso, la atención al paciente mayor debe considerarse una competencia transversal y las UF representan solo una de las posibles estrategias. En este estudio, una pequeña proporción de centros disponía de UF física o funcional con personal asignado para valorar pacientes frágiles previamente seleccionados.

Este estudio presenta varias limitaciones. En primer lugar, podría existir un sesgo de selección con mayor respuesta de los centros más sensibilizados con la atención al paciente mayor. En segundo lugar, la baja tasa de respuesta y el número reducido de centros con UF limita la potencia estadística del estudio, ya que no ha permitido realizar comparaciones ajustadas. Además, las variables analizadas son mayoritariamente estructurales y organizativas, pero no se ha evaluado el impacto de las UF en los resultados clínicos. Por último, el hecho de que algunos centros manifiesten disponer de un recurso definido como UF funcional y otros, sin reconocerlo, incorporen equipos multidisciplinares y acciones propias de estas unidades puede condicionar de algún modo la interpretación de los datos.

En conclusión, el estudio muestra que la presencia de UF en los SUH se asocia a una mayor implementación de estrategias organizativas orientadas a la atención de las personas mayores, especialmente en relación con la VGA y la formación de los profesionales. Aunque estos hallazgos no demuestran un impacto sobre los resultados clínicos, respaldan el desarrollo de modelos asistenciales específicos para responder al progresivo envejecimiento de la población y jus-

Avance online de artículo en prensa

tifican la realización de estudios prospectivos que evalúen su efectividad.

Adenda

Colaboradores GEM-SEMES: Servicio de Urgencias Hospital Sant Pau i Santa Tecla, Tarragona: Martín Mojarro, Enrique. Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés. Madrid: Álvarez Rodríguez, Esther. Torres Gárate, Raquel. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda: Capilla Pueyo, Rosa. Vivanco Horcajada, Cristina. Servicio de Urgencias. Hospital de Sant Pau de Barcelona: Lozano Polo, Laura. Herrero Mateo, Sergio. Ruíz Ramos, Jesús. Bargas Jurado, Rosa M^a. Vila Cañelles, Olga. Servicio de Urgencias, Hospital Universitario de Burgos: López Díaz M^a Pilar, López López, Karla. Fernández Rodríguez, Elisa. De Oliveira, Mónica. Hospital Universitario de la Princesa, Madrid: Del Arco Galán, Carmen. Aguilar Mulet, J Mariano. Del Rey Ubago, Ana. Venegas de L'Hotellerie, M^a José. Servicio de Urgencias, Hospital Clínic de Barcelona: García Martínez, Ana. Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid: Bibiano Guillén, Carlos. Gimeno Galindo, Carmen. López Lavalle, Sonia. Hospital Clínic San Carlos, Madrid: González Armengol Juan; González del Castillo Juan, Fernández Ruíz-Morón, Ana. Servicio de Urgencias. Hospital Universitari de Vall d'Hebron, Barcelona: Arranz Betegón, María. Servicio de Urgencias, Hospital Universitario del Henares

en Coslada, Madrid: Ruíz Grinspan, Martín. Domínguez Gioya, Gema. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de Getafe: Ruíz Polaina, Manuel Jesús. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada: Liñán López, Manuel. Guerrero Ruíz, Teresa Isabel. Lupiáñez Seoane, Patricia. Servicio de Urgencias. Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares: Roiz Andino, Honan. Servicio de Urgencias y de Geriátrica. Hospital del Mar. Barcelona: Arnau Barrés, Isabel. Servicio de Urgencias, Hospital Universitario de Getafe, Madrid: Sousa Ávila, Yolanda. Servicio de Urgencias, Hospital Clínic U de Valencia: Ana Fernández. Servicio de Urgencias Hospital U Reina Sofía, Murcia: Piñera Salmerón, Pascual.

Bibliografía

- 1 Carpenter CR, Bromley M, Caterino JM, Chun A, Gerson L, Greenspan J, et al. Optimal Older Adult Emergency Care. Introducing multidisciplinary geriatric emergency department guidelines from the American College of Emergency Physicians, American Geriatric Society, Emergency Nurses Association, and Society for Academic Emergency Medicine. *J Am Geriatr Soc.* 2014;62:1360-3.
- 2 Ellis G, Whitehead MA, Robinson D, O'Neill D, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ.* 2011;343:d6553.
- 3 Conroy SP, Ansari K, Williams M, Laithwaite E, Teasdale B, Dawson J, et al. A controlled evaluation of comprehensive geriatric assessment in the emergency department: the "Emergency Frailty Unit". *Age Ageing.* 2014;43:109-14.
- 4 Fernández Alonso C, Puig Campmany M, Aguiló Mir, S, Rodríguez Miranda, B, López Díez MP, Capilla Pueyo RM, 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;4:182-9.
- 5 Conroy SP, Chikura G. Emergency care for frail older people – urgent AND important – but what Works? *Age Ageing.* 2015;44:724-5.
- 6 Hong E, Zhu B, Ng SHX, Tan H, Goh EF, Molina JC, et al. Emergency department interventions for frailty (EDIFY): improving functional outcomes in older persons at the emergency department through a multi-component frailty intervention. *Age Ageing.* 2022;51:afab251.
- 7 Puig Campmany M, Ris Romeu J, Blázquez Andión M, Benito Vales S. Development of a comprehensive, multidisciplinary program of care for frailty in an emergency department. *Eur Geriatr Med.* 2019;10:37-46.
- 8 Hughes JM, Freiermuth CE, Williams JW, Ragsdale L, Eucker S, Goldstein K, et al. Geriatric emergency department care models and outcomes: a systematic review. *J Am Geriatr Soc.* 2019;67:1516-25.

Filiación de los autores: ¹Servicio de Urgencias, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España. ²Servicio de Geriátrica, Hospital Clínic Universitario San Carlos, Madrid, España. ³Unidad de Investigación, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Tenerife, España. ⁴Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España. ⁵Servicio de Urgencias, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España. ⁶Servicio de Urgencias, Hospital Clínic, Barcelona, España. ⁷Servicio de Urgencias, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.

Correo electrónico: carlesferre59@gmail.com

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

Contribución de los autores, financiación y responsabilidades éticas: Todos los autores han confirmado su autoría, la no existencia de financiación externa y 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 no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa.

Editor responsable: Ana García Martínez.

Correspondencia: Carles Ferré Losa. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Passeig de la Vall d'Hebron 119. 08035 Barcelona, España.

DOI: xxxx