

EDITORIAL

Pacientes de edad avanzada usuarios frecuentes del servicio de urgencias: historias de fragilidad y comorbilidad

Elderly frequent visitors to emergency departments: stories of frailty and comorbidity

Paolo Bima^{1,2}, Fulvio Morello^{2,3}

El implacable proceso de envejecimiento de las sociedades occidentales está a la orden del día. El envejecimiento se asocia a múltiples comorbilidades (por ejemplo, enfermedades cardiovasculares, cáncer e insuficiencia renal crónica), deterioro cognitivo, pérdida de autonomía y caídas repetidas^{1,2}. Como resultado, cada vez más pacientes de edad avanzada son visitados en los servicios de urgencias (SU), lo que contribuye directamente a su saturación y a los cuellos de botella en estos SU³. A su vez, la masificación en los SU y las largas estancias nocturnas se han asociado con efectos perjudiciales en los resultados de los pacientes de edad avanzada, incluida la mortalidad⁵. Este círculo vicioso ha progresado durante y después de la pandemia de COVID, cuando las debilidades preexistentes de los sistemas sanitarios se han exacerbado en todo el mundo⁴. El cuidado de los pacientes de edad avanzada en los SU es un reto. Se necesita una atención especial para maximizar los beneficios frente a los daños iatrogénicos. En consecuencia, la atención a estos pacientes es percibida a menudo como insatisfactoria por el personal de urgencias, debido al aumento de las necesidades relacionadas con la enfermería, los riesgos de futilidad clínica y el aparentemente inevitable declive hacia el deterioro funcional y la institucionalización del paciente^{7,8}.

En este número de EMERGENCIAS, Reinhart *et al.* proporcionan datos centrados en los pacientes de edad avanzada usuarios frecuentes de los SU⁹. En su estudio retrospectivo realizado en 3 SU parisinos entre 2018 y 2019, los pacientes mayores de 75 años con al menos 4 asistencias anuales al SU se definieron como usuarios frecuentes (UF). Los autores encuentran que el 4,3% de las personas mayores de 75 años eran UF, lo que representa el 14,3% de todas las asistencias de urgencias en este grupo de edad. Los factores clínicos y sociodemográficos asociados a las UF de edad avanzada fueron los antecedentes de caídas, el ictus, el deterioro cognitivo, el uso de diuréticos y benzodiazepinas, y la pérdida de autonomía, en consonancia con hallazgos previos⁶.

Los motivos más comunes para las visitas de urgencias en casos de UF incluyen afecciones agudas como

disnea o fiebre y quejas inespecíficas como confusión, astenia y dificultades para la gestión del hogar (estos factores no son estadísticamente significativos debido al tamaño muy reducido –e inadecuado– de la muestra utilizada para el análisis de regresión –300 casos–, pero las estimaciones de la *odds ratio* son > 1). Estos resultados sugieren que los factores que conducen a las visitas repetidas al SU de los pacientes de edad avanzada son multifactoriales. Sin embargo, estos datos y otros anteriores indican claramente que una gran proporción de ellas son variables inherentes al envejecimiento y a la comorbilidad.

¿Cómo podríamos abordar el uso excesivo de los SU por parte de los pacientes de edad avanzada, basándonos en los resultados del estudio Reinhart, *et al.*? En primer lugar, la atención primaria debería concentrar sus recursos en reducir la incidencia de los procesos agudos que implican un uso adecuado de los SU por parte de los pacientes de edad avanzada (por ejemplo, caídas, delirios, deshidratación). Esto incluye la prevención de riesgos durante el envejecimiento mediante la promoción de estilos de vida saludables y la medicina preventiva. Para reducir la necesidad de visitas no planificadas a urgencias de estos pacientes, los médicos también deberían centrarse en la reducción de la polifarmacia, empezando por el exceso de diuréticos y benzodiazepinas, y en intervenciones no médicas para favorecer la orientación y prevenir las caídas¹⁰⁻¹².

En segundo lugar, se debe potenciar la atención primaria de los pacientes de edad avanzada para que sea domiciliaria (como asistencia ambulatoria u hospitalaria a domicilio) en lugar de estar basada en SU y en hospitales, y gestionada por un único médico en lugar de por múltiples especialistas³. También se debe instruir a los pacientes y familiares para que desaconsejen el uso inadecuado de urgencias para patologías aplazables. Y lo que es más importante, los recursos de la sociedad deberían destinarse a construir instalaciones de baja intensidad y asistencia de enfermería a domicilio, vinculadas a una red de camas geriátricas hospitalarias que eviten la saturación de los SU (Figura

Filiación de los autores: ¹Cardiovascular Research Institute Basel (CRIB) and Department of Cardiology, University Hospital Basel, University of Basel, Suiza. ²Dipartimento di Scienze Mediche, Università degli Studi di Torino, Torino, Italy. ³S.C. Medicina d'Urgenza U, A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino, Italia.

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: Dr. Paolo Bima, Dipartimento di Scienze Mediche, Università degli Studi di Torino, Corso Achille Mario Dogliotti, 14, 10126 Torino, Italia.

Correo electrónico: paolo.bima@unito.it

Información del artículo: Recibido: 17-12-2024. Aceptado: 18-12-2024. Online: 10-1-2025.

Editor responsable: Óscar Miró.

DOI: 10.55633/s3me/001.2025

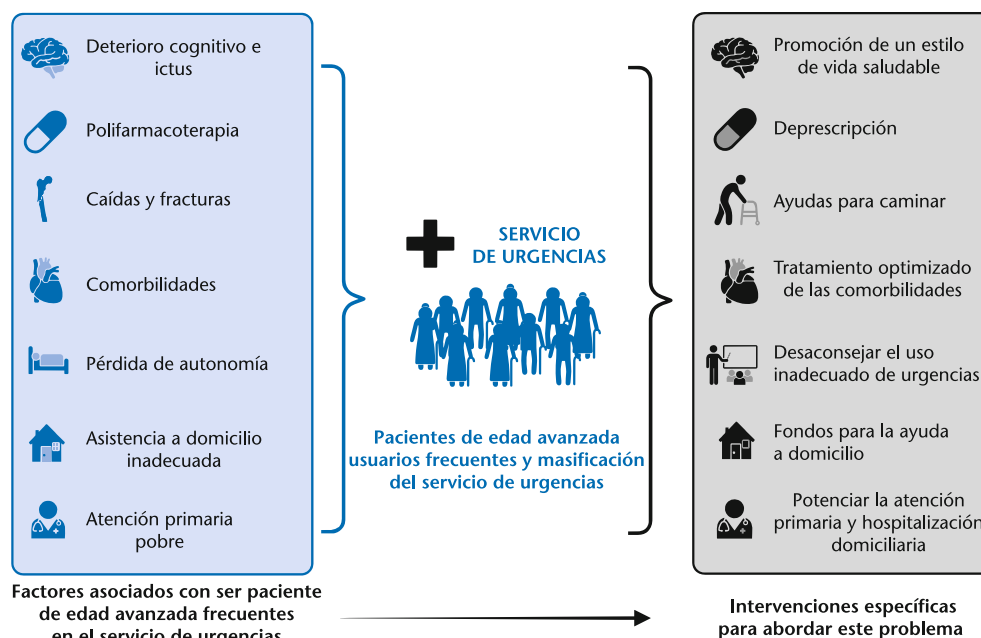


Figura 1. Factores asociados con ser paciente de edad avanzada frecuente en el servicio de urgencias e intervenciones específicas para abordar este problema.

1). La atención hospitalaria debería limitarse a intervenciones apropiadas, siempre ajustadas a la fragilidad de los pacientes y a la esperanza y calidad de vida¹³. Para los SU y los investigadores geriátricos, son necesarios nuevos esfuerzos para interceptar las variables modificables que conducen a un uso inapropiado de los SU por parte de los pacientes de edad avanzada y sus familias, y para probar posibles soluciones en estudios pragmáticos.

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: Todos 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

- Li Z, Zhang Z, Ren Y, Wang Y, Fang J, Yue H, et al. Aging and age-related diseases: from mechanisms to therapeutic strategies. *Biogerontology*. 2021;22:165-87.
- Bima P, Lopez-Ayala P, Koechlin L, Boeddinghaus J, Nestelberger T, Okamura B, et al. Chest Pain in Cancer Patients: Prevalence of Myocardial Infarction and Performance of High-Sensitivity Cardiac Troponins. *JACC CardioOncol*. 2023;5:591-609.
- Morello F, Bima P, Presta R, Bo M, Lupia E. Overnight bridge crossing troubled waters. *Intern Emerg Med*. 2024;19:1533-5.
- Estella Á. Learning from the pandemic: the key to the fight against emergency service overcrowding. *Emergencias*. 2022;34:141-3.
- Roussel M, Teissandier D, Yordanov Y, Balen F, Noizet M, Tazarourte

K, et al. Overnight Stay in the Emergency Department and Mortality in Older Patients. *JAMA Internal Medicine*. 2023;183:1378-85.

- Fernández Alonso C, Romero Pareja R, Rivas García A, Jiménez Gallego R, Majo Carbajo Y, Aguilar Mulet JM. Loyal frequent users of hospital emergency departments: the FIDUR project. *Emergencias*. 2016;28:16-20.
- Gandoy-Crego M, Clemente M, Mayán-Santos JM, Espinosa P. Personal determinants of burnout in nursing staff at geriatric centers. *Arch Gerontol Geriatr*. 2009;48:246-9.
- 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*. 2023;112:86-92.
- Reinhart L, Dechartres A, Beaune S, Bonnet-Zamponi D, Chauvin A, Yordanov Y. Factores clínicos y sociodemográficos asociados con el uso frecuente de los servicios de urgencias de París por parte de personas mayores: estudio de casos y controles anidado. *Emergencias*. 2025;37:7-14.
- Halli-Tierney AD, Scarbrough C, Carroll D. Polypharmacy: Evaluating Risks and Deprescribing. *Am Fam Physician*. 2019;100:32-8.
- Kotaniadis CP, Mills GB, Bendz B, Berg ES, Hildick-Smith D, Hirlekar G, et al. Invasive vs. conservative management of older patients with non-ST-elevation acute coronary syndrome: individual patient data meta-analysis. *Eur Heart J*. 2024;45:2052-62.
- Ang GC, Low SL, How CH. Approach to falls among the elderly in the community. *Singapore Med J*. 2020;61:116-21.
- Isaia G, Brunetti E, Presta R, Salone B, Carignano G, Sappa M, et al. Prevalence, determinants and practical implications of inappropriate hospitalizations in older subjects: A prospective observational study. *Eur J Intern Med*. 2021;90:89-95.
- Morello F, Bima P, Giamello JD, Baricocchi D, Risi F, Vesan M, et al. A 4C mortality score based dichotomic rule supports Emergency Department discharge of COVID-19 patients. *Minerva Med*. 2022;113:916-26.
- Thiruganasambandamoorthy V, Kwong K, Wells GA, Sivilotti MLA, Mukarram M, Rowe BH, et al. Development of the Canadian Syncope Risk Score to predict serious adverse events after emergency department assessment of syncope. *CMAJ*. 2016;188:E289-E298.
- Fresco L, Osorio G, Marco DN, Artajona L, Sempertegui D, Piñango D, et al. Mortality risk model validation in a prospective cohort of patients from the sixth wave of the COVID-19 pandemic in a hospital emergency department. *Emergencias*. 2023;35:15-24.