Revista Española de Geriatría y Gerontología 60 (2025) 101627

Revista Española de Geriatría y Gerontología

www.elsevier.es/regg

ORIGINAL

Adultos mayores con fragilidad que consultan en Urgencias

Maricelis Cruz-Grullón[a,e,g,*], Nuria Molist-Brunet[b,g], Eva Alda-Sánchez[c], Gemma Cuesta-Castellón[a,g], Andrea Padovani-Velasquez[a], Emma Puigoriol-Juvanteny[d,f,g], Matilde Barneto-Soto[a,e,g] y Joan Espaulella-Panicot[a,e,g]

[a] *Servicio Territorial de Geriatría y Cuidados Paliativos de Osona y Ripollès, Hospital Universitari de Vic, Hospital Universitari de la Santa Creu de Vic, Vic, Barcelona, España*
[b] *Departamento de Geriatría, Parc Sanitari Pere Virgili, Barcelona, España*
[c] *Servicio de Urgencias, Hospital Universitari de Vic, Vic, Barcelona, España*
[d] *Unidad de Epidemiología, Hospital Universitari de Vic, Vic, Barcelona, España*
[e] *Grupo de investigación en cronicidad de la Cataluña Central (C3RG), Institut de Recerca i Innovació en Ciències de la Vida i de la Salut de la Catalunya Central (IRIS-CC), Vic, Vic, Barcelona, España*
[f] *Multidisciplinary Inflamation Research Group (MIRG), Institut de Recerca i Innovació en Ciències de la Vida i de la Salut a la Catalunya Central (IRIS-CC), Vic, Barcelona, España*
[g] *Universitat de Vic, Universitat Central de Catalunya (UVic-UCC), Vic, Barcelona, España*

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 10 de octubre de 2024
Aceptado el 13 de enero de 2025

Palabras clave:
Urgencias geriátricas
Fragilidad
Planificación anticipada
Geriatría

RESUMEN

Introducción: La gestión de la atención de adultos mayores con fragilidad es actualmente un reto mayúsculo, sobre todo en la atención en el Servicio de Urgencias (SU) y en las Unidades de Observación del Servicio de Urgencias (UOB). El principal objetivo del estudio es describir el uso de los recursos sanitarios de los pacientes con fragilidad que ingresan en la UOB.
Métodos: Estudio prospectivo, descriptivo y observacional, desde marzo del 2022 hasta marzo del 2023. Se analizó a pacientes que ingresaron a la UOB ≥ 85 años con fragilidad moderada-avanzada y < 85 años de grupos de riesgo seleccionados (procedentes de residencias, demencia y enfermedad crónica avanzada). Se clasificó el grado de fragilidad según el Clinical Frailty Scale. Se evaluaron datos demográficos, clínicos, hospitalización convencional y alternativas a la hospitalización convencional (atención intermedia, hospitalización domiciliaria), planificación anticipada, mortalidad a los 3 meses del alta y reingresos hospitalarios entre 72 h y 28 días después del alta.
Resultados: Se estudió a un total de 354 pacientes, de los cuales 202 (57%) eran mujeres; edad media 87,7 ± 3,83 años. 212 (60%) pacientes ingresaron a alguna alternativa a la hospitalización convencional (120 [56,6%] atención intermedia y 92 [43,4%] hospitalización domiciliaria); 138 (39%) pacientes tenían una evaluación previa por atención primaria y 85 (24%) tenían una planificación anticipada. La mortalidad a los 3 meses del alta fue de 78 (22%) pacientes y los reingresos fueron de 73 (20,6%) pacientes.
Conclusiones: La UOB es un área clave para adecuar la atención urgente en los adultos mayores con fragilidad, optimizando el uso de las alternativas a la hospitalización convencional y elaborando una planificación anticipada del episodio agudo y de descompensaciones futuras.

© 2025 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

Older adults with frailty consulting the Emergency Department

Keywords:
Geriatric Emergency Medicine
Frailty
Advance care planning
Geriatrics

ABSTRACT

Introduction: Managing the care of older adults with frailty is currently a major challenge, especially in the Emergency Department (ED) and the Acute Medical Unit (AMU). The aim of this paper is to describe the use of healthcare resources of patients with frailty admitted to the AMU.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: mcruz@chv.cat (M. Cruz-Grullón).

https://doi.org/10.1016/j.regg.2025.101627
0211-139X/© 2025 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

Methods: Prospective, descriptive and observational study, from March 2022 to March 2023. Patients admitted to the AMU ≥ 85-years-old with moderate-advanced frailty and < 85-years-old from selected risk groups (from nursing homes, dementia and advanced chronic disease) were analysed. The degree of frailty was classified according to the Clinical Frailty Scale (CFS). Demographic data, clinical data, conventional hospitalisation and alternatives to conventional hospitalisation (intermediate care, hospital at home), advanced care planning, 3-months mortality after discharge and hospital readmissions between 72 hours and 28 days after discharge were assessed.

Results: A total of 354 patients were studied, of whom 202 (57%) were female; mean age 87.7 ± 3.83 years. 212 (60%) patients were admitted to some alternative to conventional hospitalisation, 120 (56.6%) intermediate care and 92 (43.4%) hospital at home). 138 (39%) patients had a previous assessment by primary care and 85 (24%) patients had advance care planning. 3-months mortality after discharge was 78 patients (22%) and readmissions were 73 patients (20.6%).

Conclusions: The AMU is a key area for tailoring urgent care for older people with frailty, optimising the use of alternatives to conventional hospitalisation and planning ahead for acute episode and future decompensation.

© 2025 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights are reserved, including those for text and data mining, AI training, and similar technologies.

Introducción

Como resultado del envejecimiento de la población, los hospitales están atendiendo a una proporción cada vez más elevada de adultos mayores frágiles, la correcta identificación según su grado de fragilidad contribuye a un mejor abordaje de los problemas agudos que presentan. El Servicio de Urgencias (SU) está en una posición única para desempeñar un papel en la mejora de la atención a la población geriátrica[1].

Cada vez más personas mayores consultan el SU y esto plantea desafíos para el sector de la salud, con tiempos de espera más largos y mayor cantidad de personal sanitario involucrado[2]. La valoración realizada por los equipos de Urgencias suele ser más compleja por la mayor frecuencia de presentación atípica de enfermedades, comorbilidades y síndromes geriátricos asociados, como la polifarmacia, el síndrome confusional o las caídas[3]. Los profesionales sanitarios necesitan integrar las habilidades clínicas que precisan este tipo de pacientes, lo que requiere un abordaje multidimensional y simultáneo de los múltiples factores que crean el déficit acumulado y la fragilidad consecuente[4].

La unidad de observación (UOB) del SU es una unidad polivalente, diseñada para pacientes estables que requieren corta estancia en el hospital, donde ingresan los pacientes pendientes de resolución de su patología, evolución corta o aclaramiento diagnóstico[5], además actúa como puerta de enlace entre urgencias, la hospitalización convencional y las alternativas a la hospitalización convencional[6]. En el 2015, en un informe de evaluación del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido sobre la atención de urgencia para personas mayores, poco más de la mitad (52%) de los hospitales ofrecieron algún tipo de atención específica para personas mayores frágiles en las primeras 24-72 h de su estancia[7], siendo el punto común, las unidades médicas agudas o unidades de observación enlazadas a Urgencias, estas las describen como fundamentales para mejorar la atención urgente de las personas mayores con necesidades complejas, ya que ofrecen un entorno favorable, propicio para un enfoque más estandarizado del tratamiento de la fragilidad aguda[8], representan un excelente entorno para brindar atención holística eficiente a las personas mayores y prevenir complicaciones relacionadas con estancias hospitalarias innecesariamente prolongadas[9].

Los pacientes frágiles con enfermedades crónicas a nivel europeo representan el 43-45% de todos los ingresos hospitalarios desde el SU[10], la estancia hospitalaria es un 20% más larga y reciben un 50% más de pruebas de diagnóstico que otros pacientes[11].

Los SU a nivel mundial están desarrollando estrategias para mejorar la atención de los pacientes frágiles basados en un trabajo multidisciplinar, utilizando la valoración geriátrica integral (VGI) adaptada a urgencias como herramienta fundamental, que se realiza de manera sistemática por cualquier profesional y permite orientar sobre el diagnóstico situacional (lo cual hace referencia al proceso evaluativo de la situación global basal de la persona, que permite a los profesionales determinar cuál es el grado de fragilidad de los pacientes) y puede ayudar en la toma de decisiones sobre la intensidad terapéutica, haciendo una evaluación multidimensional del paciente[3,12].

La fragilidad es definida, según el último consenso desarrollado por diferentes entidades destinadas al estudio del envejecimiento, como un síndrome clínico con múltiples causas y factores que contribuyen a su desarrollo, caracterizado por la disminución de la fuerza, resistencia y funciones fisiológicas reducidas que aumentan la vulnerabilidad de un individuo en el desarrollo de la dependencia funcional o su muerte[13]. La identificación de fragilidad en el adulto mayor es muy importante para la toma de decisiones, ayuda a individualizar el manejo tanto del episodio agudo como de las diferentes enfermedades crónicas y a definir un plan a seguir[13].

Existen diferentes instrumentos para identificación de fragilidad, entre ellos destacar la Escala de fragilidad clínica (Clinical Frailty Scale [CFS]), la cual es recomendada para identificar el nivel de fragilidad del individuo antes del episodio agudo que le motiva a la consulta a Urgencias[14,15].

Al revisar la literatura, encontramos diferentes modelos de atención del adulto mayor que consulta Urgencias según sus recursos, focalizando las mejoras del sistema en diferentes momentos de la atención[3,16-18]. Existe información suficiente sobre los modelos disponibles de los cuales debemos obtener los elementos claves de éxito e intentar adaptarlos al contexto y territorio donde queremos generar puntos de mejora tanto desde el punto de vista clínico como en la organización de la provisión de servicios[19]. No hay consenso dentro de sistemas similares de atención en cuanto a la mejor práctica basada en evidencia, pero todos tienen en común el objetivo de mejorar de la atención y la optimización de los circuitos de atención con los recursos disponibles[20].

Para dar respuesta a las necesidades de los pacientes con fragilidad que consultan urgencias de nuestro entorno, hemos iniciado un proyecto que consiste en la implementación de un modelo de intervención multidimensional enfocada en adultos mayores frágiles basado en un equipo multidisciplinar entrenado en Geriatría el cual trabaja con el objetivo de: adecuar alternativas a la hospitalización tradicional de forma individualizada, optimizar la estancia hospitalaria y asegurar una planificación anticipada entendida como la elaboración de un plan de intervención individualizado y compartido (PIIC) para para optimizar la atención a las descompensaciones

o situaciones de crisis futuras que pueda presentar. Este modelo de atención incluye 3 etapas: preintervención, intervención y postintervención. Este estudio que presentamos forma parte de la primera etapa, el cual proporciona una imagen descriptiva y nos ayuda a ver de una forma global la situación actual previo a la intervención de dichos pacientes y a la vez nos invita a realizar una reflexión sobre necesidades de los mismos. El objetivo del estudio es describir las características clínicas y el uso de los recursos sanitarios de los pacientes con fragilidad que ingresan en la UOB.

Material y métodos

Es un estudio prospectivo, descriptivo y observacional, en pacientes con fragilidad moderada-avanzada que consultaron el SU de un hospital de agudos, de segundo nivel en la comarca de Osona en Cataluña, y que ingresaron a la UOB.

El estudio se realizó durante el periodo de marzo del 2022 a marzo del 2023. Los criterios de inclusión fueron: pacientes $\geq$ 85 años con CFS[15,21,22] $\geq$ 6 y pacientes < 85 años que pertenecen a los grupos de riesgo seleccionados (procedentes de residencia, con diagnóstico de demencia previo y pacientes identificados previamente como *malaltia crònica avançada* (enfermedad crónica avanzada, MACA)[23] con CFS $\geq$ 6. Se excluyó a los pacientes que rechazaron participar en el estudio, pacientes (o familiares/cuidadores) sin capacidad para responder a las preguntas de la anamnesis (barrera idiomática, ausencia de cuidador en demencia avanzada, etc.), fallecimiento durante el ingreso y transferidos a hospital de tercer nivel.

El modelo habitual que se lleva a cabo en nuestro centro consiste en que los pacientes ingresados en la UOB (unidad de corta estancia enlazada a urgencias donde ingresan los pacientes pendientes de resolución del motivo de consulta o en espera de ubicación al alta sirviendo como transición hacia las diversas alternativas a la hospitalización convencional, por lo general ingresos < 24 h), son evaluados durante las horas de ingreso por el médico urgenciólogo y enfermería. Para favorecer la transición de los pacientes, disponemos de la intervención de un equipo multidisciplinar de soporte hospitalario (EMSH) compuesto por una enfermera gestora de casos, trabajadora social y el consejo de un médico geriatra a demanda. Cada día a primera hora de la mañana se realiza una reunión del equipo y se comentan los pacientes ingresados en la UOB que cumplan los criterios de inclusión descritos, en función de las enfermedades, la descompensación aguda y necesidades que tenga el paciente se realiza una recomendación sobre la ubicación al alta, ya sea hospitalización convencional (en la planta de agudos), alternativas a la hospitalización convencional: *1)* atención intermedia (continuidad de tratamiento o rehabilitación funcional y cuidados paliativos; unidades: subagudos, convalecencia, psicogeriatría y cuidados paliativos); *2)* hospitalización domiciliaria (atención aguda o subaguda de nivel hospitalario en el domicilio del paciente, dirigido a los que precisan completar cuidados hospitalarios después de que hayan sido dados de alta formalmente del hospital), y *3)* alta a domicilio sin necesidad de activación de recursos.

Los datos recopilados contienen los siguientes parámetros:

1. Datos sociodemográficos: edad, sexo y lugar de residencia.
2. Datos funcionales: actividades de la vida diaria, cuantificadas con el índice de Barthel[24].
3. Datos clínicos: *a)* número total de comorbilidades según listado de condiciones crónicas de los grupos de diagnóstico ampliados dentro del sistema ACG de la Universidad Johns Hopkins[25]; *b)* síndromes geriátricos: caídas, disfagia, estreñimiento, incontinencia urinaria, insomnio, malnutrición, delirium; *c)* estado cognitivo: pacientes con diagnóstico de demencia previo clasificado el grado de deterioro cognitivo según la escala Global Deterioration Scale (GDS)[26].
4. Identificación previa de enfermedad crónica avanzada (final de vida): pacientes identificados previamente como paciente MACA (enfermedad crónica avanzada-pronóstico de vida limitado). Para la identificación de estas personas se utiliza el instrumento NECPAL CCOMS-ICO© en su versión 4.0[23]. Este criterio identifica a los pacientes con alto riesgo de estar en los últimos meses o pocos años de vida.
5. CFS: se clasificó el grado de fragilidad según la CFS[21] con las características de cada paciente según su situación basal. La CFS explica y describe gráficamente diferentes grados de fragilidad y discapacidad, de acuerdo con su nivel de vulnerabilidad. Varía desde la robustez y plena salud (estadio 1) hasta la situación de terminalmente enfermo (estadio 9), con base en el juicio clínico. Los 3 primeros ítems consideran la persona no frágil, el cuarto valora la vulnerabilidad y del quinto al octavo valoran la discapacidad-dependencia, en el nivel 9 se sitúa a los pacientes terminales, con una esperanza de vida de menos de 6 meses. Tras obtener el permiso de los autores de la escala CFS[21] y un proceso de adaptación transcultural, Arias-Rivera et al. obtuvieron la Clinical Frailty Scale-España[22] en 2020, escala utilizada en nuestro estudio. La descripción de cada uno de los niveles puede verse en la figura 1.
6. Ingreso a UOB: la UOB, diseñada para pacientes estables que requieren corta estancia en el hospital, que en las siguientes 24 horas lo más probable es que se pueda dar de alta a domicilio o alguna alternativa de la hospitalización convencional dígase hospitalización domiciliaria o atención intermedia.
7. Evaluación de Atención Primaria: documentamos si el paciente recibió o no una valoración por el equipo de Atención Primaria previo a la consulta a Urgencias por la descompensación aguda, mediante historia clínica electrónica compartida o información suministrada por paciente o familia.
8. Planificación anticipada: revisamos mediante historia clínica electrónica compartida si el paciente tenía un PIIC, documento que reúne los datos sanitarios y sociales más importantes de las personas identificadas, se especifican los objetivos del paciente, valores y preferencias y actuación ante nuevas crisis de salud.
9. Recursos al alta y destino final: hospitalización convencional y alternativas a la hospitalización convencional (atención intermedia, hospitalización domiciliaria).
10. Reingreso entre 72 h y 28 días después del alta: reingreso a nivel hospitalario posterior al alta de la UOB.
11. Mortalidad a los 3 meses de la consulta a Urgencias.

Análisis estadístico

Se analizaron los datos recogidos de manera descriptiva. Se cal-cularon las frecuencias y los porcentajes de las variables cualitativasy para las variables cuantitativas se calculó la media y la desviaciónestándar. Se utilizó el programa estadístico IBM SPSS 29.0.

Resultados

De todos los pacientes que ingresaron a la UOB (2011 pacientes), se incluyó a un total de 354 pacientes (17,6%) con fragilidad moderada-avanzada. La tabla 1 muestra las características basales de los pacientes. Un total de 202 (57%) pacientes eran mujeres. La edad media de los pacientes fue de 87,7 $\pm$ 3,83 años. Se observaron altas prevalencias de diversos grados de deterioro cognitivo (61,2%, n = 217) y dependencia funcional moderada-severa (IB< = 60) (92,9%, n = 329). La mayoría de los pacientes tenían síndromes geriátricos, siendo los más prevalentes el insomnio, la

CLINICAL FRAILTY SCALE-ESPAÑA

	1	Muy en forma	Personas que están fuertes, activas, enérgicas y motivadas. Son personas que suelen practicar ejercicio con regularidad. Son los que más en forma están para su edad.
	2	En forma	Personas que no tienen síntomas de enfermedad activa, pero están menos en forma que las de la categoría 1. Suelen practicar ejercicio o son muy activas de forma esporádica. Por ejemplo, según la estación del año.
	3	En buen estado	Personas cuyos problemas médicos están bien controlados, pero que no practican actividad física de forma regular más allá de los paseos habituales.
	4	Vulnerable	Personas no dependientes para actividades de la vida diaria, pero a menudo los síntomas limitan algunas actividades. Suelen quejarse de "ser lento" y/o estar cansado durante el día.
	5	Fragilidad leve	Personas que a menudo tienen un enlentecimiento más evidente y necesitan ayuda en actividades instrumentales de la vida diaria (economía, transporte, labores domésticas que requieren esfuerzo, medicación). Por lo general, la fragilidad leve incapacita progresivamente para salir solos de compras o a pasear, hacer la comida y las tareas domésticas.
	6	Fragilidad moderada	Personas que necesitan ayuda en todas las actividades realizadas fuera de casa y las tareas domésticas. En casa, a menudo tienen dificultad con las escaleras, necesitan ayuda para bañarse y podrían necesitar asistencia mínima (estimulación, acompañamiento) para vestirse.
	7	Fragilidad grave	Personas completamente dependientes para el cuidado personal, por cualquier causa (física o cognitiva). Aun así, parecen estables y sin gran riesgo de fallecer en los siguientes 6 meses.
	8	Fragilidad muy grave	Personas totalmente dependientes y acercándose al final de la vida. En general, no podrían recuperarse ni de una enfermedad leve.
	9	Enfermo terminal	Llegando al final de la vida. Esta categoría es para personas con esperanza de vida menor de 6 meses, tengan o no tengan signos evidentes de fragilidad.

Puntuación de fragilidad en personas con demencia.

Todo paciente con demencia se considera un paciente frágil y el grado de fragilidad se corresponde con el grado de demencia.

- Demencia leve (5. fragilidad leve): síntomas comunes en demencia leve incluyen olvidar detalles de acontecimientos recientes, aunque recuerden el acontecimiento en sí, repetir la misma pregunta/historia y aislamiento social.
- Demencia moderada (6. fragilidad moderada): la memoria reciente está muy deteriorada, aunque parezca que recuerdan bien los acontecimientos del pasado. Con indicaciones, pueden realizar solos sus cuidados personales.
- Demencia grave (7. fragilidad grave): los cuidados personales no son posibles sin ayuda.

Figura 1. Clinical Frailty Scale-España. Adaptada al español con permiso del titular de los derechos de autor Rockwood et al.[22].

incontinencia urinaria, las caídas y el estreñimiento. Un total de 269 (n = 76%) de los pacientes tenían 5 o más comorbilidades.

Setenta y dos pacientes (20,3%) estaban identificados como MACA ya previamente a su consulta a Urgencias; se trata de una identificación que es llevada a cabo por el equipo de Atención Primaria. En cuanto al destino al alta observamos que 57 pacientes (16%) fueron ingresados directamente en unidades tradicionales del hospital de agudos, 120 pacientes (34%) fueron trasladados a centros de atención intermedia, 92 pacientes (26%) requirieron hospitalización domiciliaria y 85 pacientes (24%) fueron de alta a domicilio sin soporte de un equipo especifico hospitalario (fig. 2). Por lo que se refiere a la evaluación previa del motivo de consulta por parte del equipo de Atención Primaria, se detectaron 138 pacientes (39%) que contaban con dicha valoración. Con relación a la planificación anticipada, 48 pacientes (13,6%) disponían de un PIIC previo a la consulta a Urgencias, elaborado en situación de estabilidad del paciente por parte del equipo de Atención Primaria.

Finalmente, la mortalidad a los 3 meses de la consulta a Urgencias fue de 78 pacientes (22%) y los reingresos hospitalarios entre 72 h y 28 días después del alta de la UOB fueron de 73 pacientes (20,6%).

Discusión

La UOB de nuestro territorio atiende un alto porcentaje de pacientes con fragilidad moderada-avanzada (17,6%), cifra discretamente superior a la habitual encontrada en la literatura, la cual suele estar situada alrededor de 10-15%[27]. El ingreso en esta unidad permite valorar las necesidades del paciente y adecuar el recurso ideal al alta, siendo las alternativas a la hospitalización conven-

Tabla 1
Datos basales de los pacientes

Datos basales. Total N = 354		Media (DE)	Frecuencia (%)
Datos demográficos			
Edad		87,7 (3,83)	
Sexo	Mujer		202 (57%)
	Hombre		152 (43%)
Origen	Casa		312 (88,1%)
	Residencia		42 (11,9%)
Datos clínicos, funcional y cognitivo			
Índice de Barthel		50,49 (31,58)	
Índice de Barthel	Independiente: IB > 95		0 (0%)
	Dependencia inicial: IB 90-65		25 (7,1%)
	Dependencia moderada: IB 60-25		202 (57%)
	Dependencia severa: IB < 20		127 (35,9%)
Estado cognitivo	No deterioro cognitivo		137 (38,8%)
	Demencia inicial (GDS 4)		50 (14,1%)
	Demencia moderada (GDS 5-6C)		90 (25,4%)
	Demencia avanzada (GDS > 6C)		77(21,7%)
Morbilidades		5,76 (2,23)	
Morbilidades (número)	1-2		6 (1,7%)
	3-4		79 (22,3%)
	5 o más		269 (76%)
Síndromes geriátricos		3,13 (1,6)	
Síndromes geriátricos (tipo)	Caídas		118 (33,3%)
	Disfagia		67(18,9%)
	Estreñimiento		115 (32,5%)
	Incontinencia urinaria		135 (38,1%)
	Insomnio		193 (54,5%
	Malnutrición		34 (9,6%)
	Delirium		98 (27,6%)
Identificación previa de enfermedad crónica avanzada (final de vida)	Sí (identificación MACA)		72 (20,3%)
	No		282 (79,7%)

DE: desviación estándar; GDS: Global Deterioration Scale, IB: índice de Barthel; MACA: paciente con enfermedad crónica avanzada-final de vida.

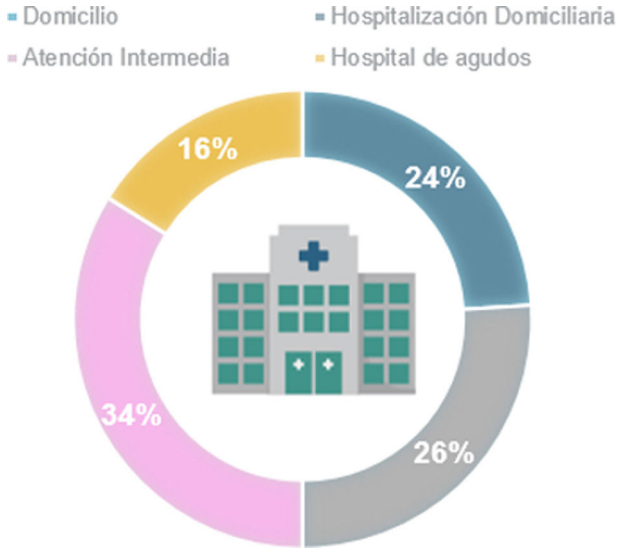

Figura 2. Destino al alta.

cional el recurso más activado (n = 212, 60%), lo que se considera un elemento clave en el sistema sanitario al poder evitar ingresos hospitalarios, optimizar la atención en este perfil de personas y ayudar a los que consultan a trasladarse a entornos más adecuados en función de sus necesidades[28]. Nuestra revisión destaca una alta tasa de reingreso hospitalario en los pacientes que consultan la UOB, así como también una alta mortalidad. Como factor principal hemos podido detectar que estos resultados podrían estar influidos por las características clínicas de la población revisada, los cuales presentaban una vulnerabilidad muy significativa, con dependencia, morbilidades y necesidades avanzadas (tabla 1). En global estos datos, los cuales son similares a otros estudios revisados[29], apoyan que se trata de una población susceptible a las situaciones de estrés, que generan las descompensaciones y, por tanto, mayor probabilidad de presentar resultados adversos tras el contacto hospitalario[30], por lo que tienen una necesidad de continuidad después del alta de la UOB.

Este estudio nos ayuda a tener una imagen clara de la situación actual del SU de Osona, el elevado número de pacientes con fragilidad atendidos en nuestro SU/UOB hace necesario el análisis del proceso y el desarrollo de proyectos para la correcta y eficiente gestión de estos pacientes, muestra el potencial de cambios en el flujo de pacientes para atender de forma centrada en la persona (necesidades, valores y preferencias, etc.). Con criterios sencillos se ha podido seleccionar un grupo de pacientes con altas necesidades y detectamos puntos de mejora previos a la consulta al SU; se deben destacar: la identificación y valoración previa por atención primaria, la elaboración de planes individualizados habiéndose pactado con el paciente/familia previamente la actuación ante nuevas descompensaciones lo que podría disminuir el uso del SU de estos pacientes y mejorar el circuito establecido para este tipo de pacientes.

Hay poca investigación sobre la atención primaria y las derivaciones hospitalarias; sin embargo, algunos estudios muestran que estas derivaciones con una valoración previa por el médico de Atención Primaria cubren solo entre el 12 y el 13% del total de las Urgencias[31], esto está condicionado por el horario de la descompensación, consultas de Atención Primaria masificadas con largas listas de espera, ubicación geográfica, escasa información de la población con desconocimiento de los recursos sanitarios a su alcance y una falta de educación sanitaria que facilita la hiperfrecuentación a Urgencias[31]. Esta situación destaca un problema de sistema que se repite en nuestro estudio, aunque encontramos una cifra superior a la literatura (39%, n = 138), la mayoría de los pacientes que consultaron no disponen de una valoración previa

del episodio agudo por Atención Primaria, posiblemente influido por diferentes factores como hemos descrito; sin embargo, consideramos que aumentar esta cifra podría ser un reto importante para adecuar la atención a Urgencias de este perfil de personas.

La valoración previa por atención primaria diseñada específicamente para adultos mayores, con la elaboración de un PIIC en fase de estabilidad, junto con modelos organizativos que favorezcan la atención de las crisis directamente en la comunidad, puede reducir las admisiones hospitalarias y de atención a largo plazo, y los días totales pasados en atención institucional, al tiempo que mejora la calidad de vida y la satisfacción de la atención del paciente y del cuidador[32]. La literatura afirma que la planificación anticipada puede ayudar a las personas y a sus familiares a recibir atención médica alineada con sus valores y experimentar más satisfacción y tranquilidad[33]. Este proyecto descriptivo ayudará a partir de los datos a planificar futuros pasos en la mejora de la atención de estos pacientes. Se detecta una situación que tiene un denominador común que es la falta de proactividad que se manifiesta en 2 situaciones muy concretas: *1)* la no evaluación de los pacientes previo a la consulta en Urgencias que seguramente está relacionado con la cultura de las personas enfermas (costumbre de consultar urgencias directamente sin solicitar la valoración por su médico de cabecera o desconocimiento de los niveles y recursos asistenciales) y en temas organizativos de la atención comunitaria, ya sea por el horario y día de la semana; y *2)* a pesar de tratarse de pacientes con situaciones de complejidad, se detecta infraidentificación de personas en situación de final de vida (MACA), teniendo en cuenta que todas ellas son personas con fragilidad moderada-avanzada, y a la vez se detecta en general poca planificación anticipada de estos pacientes, como es la decisión de objetivos terapéuticos y propuesta de nivel asistencial.

Existen diversos modelos de atención cuyo objetivo es mejorar los resultados de los adultos mayores que acuden a urgencias. Algunos son modelos de extensión o modelos de hospital en los que los médicos de urgencias o del hospital viajan a domicilios con el objetivo de evitar el traslado[34], una variedad de modelos que combinan algún nivel de mayor evaluación geriátrica y enlace con los servicios comunitarios[35] y otros modelos se centran en mejorar la atención en el SU[36,37], tal como nuestra propuesta, todos están destinados a población vulnerable, garantizando que haya una participación multidisciplinaria, valoración individualizada y destacando la importancia de la correcta ubicación de los adultos mayores con fragilidad[30]. Además sugieren que contar con equipos de médicos de urgencias (médicos y enfermeras) con formación y experiencia previas en geriatría y atención comunitaria, que se centran en agilizar la atención de los adultos mayores frágiles en urgencias, mejoran los resultados y los beneficios pueden mantenerse en el tiempo[30]. A destacar también que según los estudios revisados, la planificación anticipada puede mejorar los resultados para los pacientes mayores y sus familiares, pero la misma sigue siendo baja[38], tendencia que coincide con lo descrito en nuestro estudio y que puede ser un área importante de mejora.

En vista del envejecimiento de la población, es cada vez más importante centrarse en mejorar la atención de los adultos mayores con fragilidad en Urgencias, una realidad que no podemos evitar del todo, ya que muchas veces es necesario consultar; sin embargo, si podemos desarrollar estrategias para prevenir el abordaje inadecuado e individualizar el manejo de los mismos. Nuestro trabajo está en línea de las mejoras que se proponen en la atención de los pacientes con fragilidad. La atención del paciente frágil en Urgencias está generando agendas de investigación y es motivo de innovación en muchos lugares del mundo[39]. Si bien no existe un consenso claro sobre cuál es el mejor modelo de atención para pacientes con fragilidad que consultan Urgencias, si existe acuerdo sobre las intervenciones que pueden mejorar resultados, como la capacitación en geriatría del personal sanitario, el trabajo multidisciplinar y la elaboración de una planificación anticipada[4]. Además, tal como se describe en la literatura consideramos que las UOB deben estar preparadas para actuar como unidades funcionales de atención de personas mayores con fragilidad que consultan Urgencias[40]. Por último, esperamos hacer aportaciones para mejorar la situación de las personas enfermas y hacer propuestas de cómo hacerlo, que sea escalables en otros territorios con problemáticas similares. Para esto hemos puesto en marcha la implementación de un modelo de intervención multidimensional enfocada en adultos mayores frágiles (MIMAF) basado en un equipo multidisciplinar entrenado en Geriatría, sería importante en un estudio futuro evaluar el impacto de dicha intervención y comparar los resultados de las diferentes etapas de desarrollo del proyecto.

Conclusiones

El entorno de la UOB atiende a un número elevado de pacientes con fragilidad moderada-avanzada, por lo que una correcta y eficiente gestión de estos pacientes puede permitir adecuar la provisión de servicios que se disponen adaptando las alternativas a la hospitalización convencional, realizar una adecuada planificación anticipada y optimizar los requerimientos individuales.

La evidencia disponible sobre el modelo de atención geriátrica en Urgencias es heterogénea, dicha evaluación es fundamental para el manejo integral del adulto mayor en Urgencias y debe integrarse en la práctica clínica habitual.

Financiación

Esta investigación no recibió financiación externa.

Consideraciones éticas

Todos los procedimientos clínicos involucrados en este estudio estuvieron de acuerdo con las pautas institucionales. Los investigadores se comprometieron a proteger la privacidad del paciente y los procedimientos de este estudio se ajustaron a la Declaración de Helsinki.

Este estudio fue aprobado por el Comité de ética de investigación clínica de la Fundació de Osona pera la recerca i l'Educació Sanitaries (FORES), código de aceptación CEIC 2021183, código propio PR314.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Adams JG, Gerson LW. A New Model for Emergency Care of Geriatric Patients. Academic Emergency Medicine. 2003;10:271–4, http://dx.doi.org/10.1111/j.1553-2712.2003.tb02002.x.
2. 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. European Geriatric Medicine. 2022;13:309–17, http://dx.doi.org/10.1007/s41999-021-00578-1.
3. 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. Eu Geriatr Med. 2019;10:37–46, http://dx.doi.org/10.1007/s41999-018-0151-2.
4. González-Montalvo JI, Ramírez-Martín R, Menéndez Colino R, Alarcón T, Tarazona-Santabalbina FJ, Martínez-Velilla N, et al. Geriatría transversal. Un reto asistencial para el siglo XXI. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2020;55:84–97, http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2019.10.011.
5. Reid LEM, Crookshanks AJF, Jones MC, Morrison ZJ, Lone NI, Weir CJ. How is it best to deliver care in acute medical units? A systematic review. QJM-Int J Med. 2018;111:515–23, http://dx.doi.org/10.1093/qjmed/hcx161.
6. Ward D, Potter J, Ingham J, Percival F, Bell D. Acute medical care. The right person, in the right setting —first time: How does prac-

tice match the report recommendations? J Clin Med. 2009;9:553–6, http://dx.doi.org/10.7861/clinmedicine.9-6-553.
7. NHS, Benchmarking Network,. Older People's Care in Acute Settings National report. 2017 [consultado 4 Sep 2024]. Disponible en: https://static1.squarespace.com/static/58d8d0ffe4fcb5ad94cde63e/t/58ecf56ad2b857fe4205cb17/1491924342512/OlderPeoplesCareinAcuteSettings2016Summary ReportMarch2017.pdf
8. Gilbert T, Conroy S. Frailty on the acute medical unit. BMJ Open. 2017;78:C152–5, http://dx.doi.org/10.12968/hmed.2017.78.10.C152.
9. Soong JTY, Poots AJ, Bell D. Finding consensus on frailty assessment in acute care through Delphi method. BMJ Open. 2016;6:e012904, http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012904.
10. 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, http://dx.doi.org/10.1007/s41999-018-0151-2.
11. Banerjee J, Conroy S, Cooke MW. Quality care for older people with urgent and emergency care needs in UK emergency departments. J Emerg Med. 2013;30:699–700, http://dx.doi.org/10.1136/emermed-2012-202080.
12. Conroy SP, Turpin S. New horizons: Urgent care for older people with frailty. Age Ageing. 2016;45:579–86, http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afw135.
13. Morley JE, Vellas B, Abellan van Kan G, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty consensus: A call to action. J Am Med Dir Assoc. 2013;14:392–7, http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2013.03.022.
14. Hollinghurst J, Fry R, Akbari A, Clegg A, Lyons RA, Watkins A, et al. External validation of the electronic. Frailty Index using the population of Wales within the Secure Anonymised Information Linkage Databank. Age Ageing. 2019;48:922–6, http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afz110.
15. Rockwood K. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. Can Med Assoc J. 2005;173:489–95, http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.050051.
16. Stall N, Nowaczynski M, Sinha SK. Back to the future: Home-based primary care for older homebound Canadians: Part 1: Where we are now. Can Fam Physician. 2013;59:237–40. PMID: 23486788; PMCID: PMC3596195.
17. Stall N, Nowaczynski M, Sinha SK. Back to the future: Home-based primary care for older homebound Canadians: Part 2: Where we are going. Canadian Family Physician Medecin de Famille Canadien. 2013;59:243–5. PMID: 23486789; PMCID: PMC3596196.
18. Conroy S, Parker S. Acute geriatrics at the front door. J Clin Med (London, England). 2017;17:350–3, http://dx.doi.org/10.7861/clinmedicine.17-4-350.
19. Vidán MT. Investigación sobre modelos asistenciales en geriatría: propuestas para el futuro. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2010;45:311–3, http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2010.07.001.
20. Mooijaart SP, Carpenter CR, Conroy SP. Geriatric emergency medicine —a model for frailty friendly healthcare. Age Ageing. 2022;51, http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afab280.
21. Stuck AE, Iliffe S. Comprehensive geriatric assessment for older adults. BMJ. 2011;343, http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d6799, d6799-d6799.
22. Arias-Rivera S, Sánchez-Sánchez MM, Romero de-San-Pío E, Gabriel Santana-Padilla Y, Juncos-Gozalo M, Via-Clavero G, et al. Validez predictiva de la escala de fragilidad Clinical Frailty Scale-España sobre el incremento de la dependencia tras el alta hospitalaria. Enferm Intensiva. 2024;35:79–88, http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2023.07.003.
23. Gómez-Batiste X, Turrillas P, Tebé C, Calsina-Berna A, Amblàs-Novellas J. NECPAL tool prognostication in advanced chronic illness: A rapid review and expert consensus. BMJ Support Palliat Care. 2020;3:1–11, http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2019-002126.
24. Sainsbury A, Seebass G, Bansal A, Young JB. Reliability of the Barthel Index when used with older people. Age Ageing. 2005;34:228–32, http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afi063.
25. Salisbury C, Johnson L, Purdy S, Valderas JM, Montgomery AA. Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care: A retrospective cohort study. Br J Gen Pract. 2011;61:e12–21, http://dx.doi.org/10.3399/bjgp11X548929.
26. Reisberg B, Ferris SH, de Leon MJ, Crook T. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. Am J Psychiatry. 1982;139:1136–9, http://dx.doi.org/10.1176/ajp.139.9.1136.
27. Elliott A, Hull L, Conroy SP. Frailty identification in the emergency department —a systematic review focussing on feasibility. Age Ageing. 2017;46:509–13, http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afx019.
28. Regen E, Martin G, Glasby J, Hewitt G, Nancarrow S, Parker H. Challenges, benefits and weaknesses of intermediate care: Results from five UK case study sites. Health Soc Care Community. 2008;16:629–37, http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2524.2008.00788.x.
29. Crilly J, Chaboyer W, Wallis M, Thalib L, Green D. Predictive outcomes for older people who present to the emergency department. Aust Emerg Nurs J. 2008;11:178–83, http://dx.doi.org/10.1016/j.aenj.2008.07.002.
30. Wallis M, Marsden E, Taylor A, Craswell A, Broadbent M, Barnett A, et al. The Geriatric Emergency Department Intervention model of care: A pragmatic trial. BMC Geriatr. 2018;18:297, http://dx.doi.org/10.1186/s12877-018-0992-z.
31. Zarco Rodríguez J. La atención primaria como puerta de entrada de las urgencias en el sistema sanitario. SEMERGEN-Medicina de Familia. 2000;26:425–6, http://dx.doi.org/10.1016/S1138-3593(00)73627-6.
32. Stall N, Nowaczynski M, Sinha SK. Systematic review of outcomes from home-based primary care programs for homebound older adults. J Am Geriatr Soc. 2014;62:2243–51, http://dx.doi.org/10.1111/jgs.13088.
33. Lum HD, Sudore RL, Bekelman DB. Advance Care Planning in the Elderly. Med Clin North Am. 2015;99:391–403, http://dx.doi.org/10.1016/j.mcna.2014.11.010.
34. Crilly J, Chaboyer W, Wallis M, Thalib L, Polit D. An outcomes evaluation of an Australian Hospital in the Nursing Home admission avoidance programme. J Clin Nurs. 2011;20:1178–87, http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03371.x.
35. Lowthian JA, McGinnes RA, Brand CA, Barker AL, Cameron PA. Discharging older patients from the emergency department effectively: A systematic review and meta-analysis. Age Ageing. 2015;44:761–70, http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afv102.
36. Wright PN, Tan G, Iliffe S, Lee D. The impact of a new emergency admission avoidance system for older people on length of stay and same-day discharges. Age Ageing. 2014;43:116–21, http://dx.doi.org/10.1093/ageing/aft086.
37. Shanley C, Sutherland S, Tumeth R, Stott K, Whitmore E. Caring for the Older Person in the Emergency Department: The ASET Program and the Role of the ASET Clinical Nurse Consultant in South Western Sydney, Australia. J Emerg Nurs. 2009;35:129–33, http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2008.05.005.
38. Hopkins SA, Bentley A, Phillips V, Barclay S. Advance care plans and hospitalized frail older adults: A systematic review. BMJ Support Palliat Care. 2020;10:164–74, http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2019-002093.
39. Elliott A, Phelps K, Regen E, Conroy SP. Identifying frailty in the Emergency Department —feasibility study. Age Ageing. 2017;46:840–5, http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afx089.
40. Gilbert T, Conroy S. Frailty on the acute medical unit. Br J Hosp Med. 2017;78:C152–5, http://dx.doi.org/10.12968/hmed.2017.78.10.C152.