

dosis subóptimas o regímenes alternativos, con peores resultados². La valoración geriátrica integral es un método eficiente para identificar a aquellas personas mayores que se pueden beneficiar de tratamiento curativo agresivo², siendo el estado funcional el principal factor asociado a mortalidad relacionada al tratamiento² y, por lo tanto, un factor pronóstico independiente de supervivencia global y supervivencia libre de progresión de enfermedad⁵. En función de esto, la situación biológica y la presencia de otros factores pronósticos conocidos, y no la edad cronológica, deberían orientar al tratamiento.

Nuestra paciente fue diagnosticada y tratada inicialmente de insuficiencia cardíaca descompensada, sin mejoría, por lo que se solicitaron pruebas complementarias que orientaron al diagnóstico. Dada la buena situación funcional de la paciente hubiera sido subsidiaria a iniciar tratamiento específico, lamentablemente el estado avanzado de la enfermedad no lo permitió.

Ya que los linfomas representan unas de las enfermedades tumorales más frecuentes en las personas mayores, deberíamos incluirlos en el diagnóstico diferencial de manera habitual.

Bibliografía

1. Campo E, Swerdlow SH, Harris NL, Pileri S, Stein H, Jaffe ES. The 2008 WHO classification of lymphoid neoplasms and beyond: Evolving concepts and practical applications. *Blood*. 2011;117:5019-32.

2. Tucci A, Ferrari S, Bottelli C, Borlenghi E, Drera M, Rossi G. A comprehensive geriatric assessment is more effective than clinical judgment to identify elderly diffuse large cell lymphoma patients who benefit from aggressive therapy. *Cancer*. 2008;115:4547-53.
3. Segura A, Gómez-Codina J, Pastor M, Yuste A, López-Tendero P, Gironés R, et al. Non-Hodgkin's lymphoma in the elderly. Age is not always an adverse prognostic factor. *Rev Oncol*. 2002;4:436-42.
4. Maartense E, Hermans J, Kluin-Nelemans J, Kluin P, van Deijk W, Snijder S, et al. Elderly patients with non-Hodgkin's lymphoma: Population-based results in the Netherlands. *Ann Oncol*. 1998;9:1219-27.
5. Merli F, Luminari S, Rossi G, Mammi C, Marcheselli L, Ferrari A, et al. Fondazione Italiana Linfomi. Outcome of frail elderly patients with diffuse large B-cell lymphoma prospectively identified by comprehensive geriatric assessment: Results from a study of the Fondazione Italiana Linfomi. *Leuk Lymphoma*. 2014;55:38-43.

Patricia Ysabel Condorhuamán Alvarado*,
Rocío Menéndez Colino, Juan Ignacio González Montalvo,
María del Coro Mauleón Ladrero y Teresa Alarcón Alarcón

Servicio de Geriátrica, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: patty.condorhuaman@gmail.com
(P.Y. Condorhuamán Alvarado).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.10.004>

Utilización de los servicios de urgencia por la población de edad avanzada y pluripatología en España



Use of emergency departments for elderly patients with multiple morbidity in Spain

Existe evidencia de una elevada utilización de los servicios de urgencia (SU) por las personas mayores de 65 años en España, que diferentes estudios sitúan entre el 26,9 y el 55,1%¹⁻⁴ del total de urgencias atendidas a adultos, siendo una parte significativa las personas mayores de 75 años (entre el 13,2 y el 28,7% del total de las urgencias a adultos).

El progresivo envejecimiento de la población española (INE, 2014) se está viendo acompañado de un aumento de las situaciones de dependencia y morbilidad, con el impacto que esta situación tiene sobre la demanda de servicios sanitarios⁵. El perfil del paciente de edad avanzada se caracteriza por presentar múltiples enfermedades crónicas que se manifiestan por una pérdida funcional, tanto en lo físico como en lo cognitivo. Este perfil de paciente precisa de un modelo de atención que los actuales sistemas sanitarios se han mostrado ineficaces para atender. Frente a este modelo reactivo surge la necesidad de nuevos abordajes mediante modelos de atención adaptados a las necesidades de los pacientes con pluri-morbilidad y poli-farmacia.

En este contexto, este trabajo estudia diferentes características del estado de salud y de la atención sanitaria, fundamentalmente de los SU, de las personas ancianas con pluripatología (APP), comparándolas con el total de la población, con el objetivo de conocer con mayor exactitud cómo es actualmente la demanda de servicios sanitarios, en especial de los SU, por el grupo poblacional de APP, que nos permita un abordaje más eficaz y racional de este grupo de pacientes. Para ello, a partir de la Encuesta Nacional de Salud 2011, se describen 2 grupos: 1) población general, y 2) APP, cuyas características de inclusión son: personas con 75 años o más, con 2 o más enfermedades crónicas sintomáticas y que tomen al menos 2 medicamentos, y se realiza el análisis comparativo.

La [tabla 1](#) ofrece los resultados analizados en este trabajo. Puede comprobarse como la población de APP presenta un peor estado funcional y una peor autovaloración de su estado de salud que la población general. Respecto a la utilización de los servicios sanitarios, un 37,7% de la población de APP acudió a urgencias en el último año al menos una vez, lo que supone una demanda de un 33,1% superior que la del total de la población. El número de visitas medio fue menor en el grupo de APP (1,77 veces vs. 1,82 veces), aunque estas diferencias no fueron significativas. En relación con la decisión de acudir al SU, un 72% de la demanda del APP partió del propio paciente o su familia, siendo inferior que en la población total (85,19%). El grupo de APP eligió mayoritariamente los centros hospitalarios de la sanidad pública (más de 7 de cada 10 visitas), un 18,16% superior al del total de la población. El grupo de APP presenta también una elevada utilización de visitas al médico de familia (el 87,78% ha acudido a su médico de AP en las últimas 4 semanas), así como de hospitalización (el 18,42% ha estado hospitalizado al menos una vez en el último año), cifras ambas estadísticamente superiores a las de la población general.

Estos resultados ponen de manifiesto que las personas APP presentan un peor estado de salud que la población general, así como una importante utilización de servicios sanitarios, incluidos los SU, por encima de la que presenta la población general, que ya de por sí es elevada⁶. La demanda es mayoritariamente de SU hospitalarios en centros públicos y, aunque en menor medida que la población general, la demanda es originada de forma sustancial por decisión del propio paciente o su familia. Además, este grupo presenta una alta demanda de servicios sanitarios también para otros niveles asistenciales, como es la AP, por lo que no podría hablarse de sustitución entre niveles.

En este sentido, y dado que esta población con pluri-morbilidad y poli-farmacia ya presenta un elevado nivel de utilización en AP y atención hospitalaria, podría plantearse la hipótesis de la necesidad de encontrar nuevos modelos asistenciales como alternativas a la atención en los SU para el tratamiento de su enfermedad crónica⁷. Existe evidencia de eficacia de servicios alternativos a

Tabla 1

Características generales de los grupos de población analizados con al menos una visita a los servicios de urgencias

	Población general	Anciano pluripatológico	p-valor
N.º de casos	26.502	2.003	
Visitas a urgencias, %	28,32	37,7	p < 0,05
Número de visitas, media (DE)	1,82 (2,3)	1,77 (1,66)	NS
Acude por decisión propia/familiar, %	85,19	72,00	p < 0,05
Tipo de servicio elegido			
Hospital de la sanidad pública, %	60,79	71,83	p < 0,05
Centro de urgencias no hospitalario del SNS, %	28,87	21,03	
Centro sanitario privado, %	9,10	4,89	
Otro tipo de servicio (casa de socorro, ...), %	1,30	2,25	
Utilización de otros servicios de salud			
Médico de AP (en las últimas 4 semanas), %	28,74	87,78	p < 0,05
Hospitalización (en los últimos 12 meses), %	7,91	18,42	p < 0,05
Restricción de la actividad en las 2 últimas semanas, %	15,00	23,60	p < 0,05
Limitación de las AVD en los últimos 6 meses			
No, nada limitado, %	76,70	40,40	p < 0,05
Sí, limitado pero no gravemente, %	19,20	42,60	
Sí, gravemente limitado, %	4,20	17,00	
Autopercepción de la salud			
Buena o muy buena, %	65,90	22,70	p < 0,05
Regular, %	25,40	49,10	
Mala o muy mala, %	8,80	28,20	

Prueba de Chi-cuadrado para las variables discretas y t de Student para las variables continuas.

Fuente: ENS 2011.

los SU convencionales, como son los servicios de observación de urgencia geriátricos⁸, la hospitalización a domicilio⁹ o la unidad de corta estancia de urgencias¹⁰, que suponen además mejoras en la satisfacción de los pacientes con el servicio prestado^{8,9}. Avanzar en estas y otras alternativas podría servir para mejorar los resultados

de la atención, así como para lograr un uso más racional de los servicios sanitarios.

Financiación

Financiado por el proyecto ISCIII PI 12/01660, y por la Red Temática de Investigación en Servicios de Salud y Cronicidad (REDISSEC).

Bibliografía

1. Aranaz J, Martínez R, Rodrigo V, Gómez F, Antón P. Adecuación de la demanda de atención sanitaria en los servicios de urgencia hospitalarios. *Med Clin (Barc)*. 2004;123:615–8.
2. Torné E, Guarga A, Torras MG, Pozuelo A, Pasarin M, Borrell C. Análisis de la demanda en los servicios de urgencia en Barcelona. *Aten Primaria*. 2003;32:423–4.
3. Sánchez J, Delgado AE, Muñoz H, Luna JD, Jiménez JJ, Bueno A. Frecuencia y características de la demanda atendida en un servicio de Urgencias Hospitalario. *Circuitos de atención. Emergencias*. 2005;17:52–61.
4. Ortega MT, Rabanaque MJ, Júdez D, Cano MI, Abad JM, Moliner J. Perfil de los usuarios del Servicio de Urgencias Extrahospitalario 061. *Emergencias*. 2008;20:27–34.
5. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. [consultado 6 Oct 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es>
6. Sarria-Santamera A, Prado-Galbarro J, Ramallo-Farina Y, Quintana-Díaz M, Martínez-Virto A, Serrano-Aguilar P. Utilización de los servicios de urgencias en zonas rurales y urbanas. *Semerger*. 2015;41:63–9.
7. Tudela P, Modol JM. La saturación de los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias*. 2015;27:113–20.
8. Pareja T, Hornillos M, Rodríguez M, Martínez J, Madrigal M, Mauleón C, et al. Unidad de observación de urgencias para pacientes geriátricos: beneficios clínicos y asistenciales. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44:175–9.
9. Fernández MF. Hospitalización a domicilio del anciano con enfermedad aguda. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44:39–50.
10. Alonso G, Escudero JM. La unidad de corta estancia de urgencias y la hospitalización a domicilio como alternativas a la hospitalización convencional. *An Sist Sanit Navar*. 2010;33 Supl 1:S97–106.

Carlos Navarro García^{a,*}, Javier Prado Galbarro^b
y Antonio Sarria Santamera^{b,c,d}

^a Doctorado de economía de la salud, UNED, Madrid, España

^b Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

^c Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, Madrid, España

^d Red de Investigación en Servicios Sanitarios y Enfermedades Crónicas (REDISSEC)

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cnavarro@gestiasocial.com (C. Navarro García).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.10.005>