

Análisis de Motivos de Atención en Urgencias de los Pacientes de Edad Geriátrica en los Servicios de Salud de la Ciudad de México

Analysis of Reasons for Emergency-Department Admissions among Geriatric Patients in Mexico City Health Services

Iván Ilescas-Martínez^{a,b}, Adriana Clemente-Herrera^{c,d}, Josué Briones-Pili^a, Iliusi Donaji Várelas-Montesinos^d

Resumen

Introducción: El envejecimiento acelerado de la población, genera desafíos importantes para los sistemas de salud, especialmente en los servicios de urgencias. La población geriátrica enfrenta múltiples comorbilidades, sin embargo, los servicios de urgencias tradicionales no están óptimamente adaptados para manejar las complejidades asociadas al cuidado geriátrico. Este trabajo analiza las principales causas de atención en Urgencias de este grupo etario en hospitales de la Ciudad de México. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal con datos del Sistema Nacional de Información Básica en Salud, analizando registros de defunciones, egresos y urgencias entre enero y junio de 2022. **Resultados:** Se registraron 103,415 atenciones en urgencias en trece hospitales, de las cuales 9,541 (9.23%) correspondieron a pacientes geriátricos. El Hospital Dr. Rubén Leñero reportó el mayor porcentaje de atenciones (12.73%), mientras que el Hospital General de Tláhuac tuvo el menor (6.11%). La edad media fue de 74.5 años, con predominio femenino (55.4%). El 66.4% de los casos fueron clasificados como no urgentes. COVID-19, traumatismos y enfermedades crónicas como hipertensión y diabetes fueron los diagnósticos más frecuentes. La mayoría de los pacientes fue dada de alta (79%), mientras que el 3.7% falleció en urgencias. **Conclusiones:** La atención geriátrica en los servicios de urgencias presenta desigualdades en acceso y manejo. Se requiere de implementación de estrategias de triage especializado y capacitación del personal para optimizar la atención y reducir la morbilidad y mortalidad en esta población.

Abstract

Introduction: The rapidly aging population poses significant challenges for healthcare systems, particularly in emergency services. Geriatric patients often present with multiple comorbidities, yet traditional emergency care models are not optimally designed to address their complex needs. This study examines the primary reasons for emergency department (ED) visits among older adults in Mexico City hospitals. **Materials and Methods:** We conducted a descriptive, observational, retrospective, cross-sectional study using data from Mexico's National Basic Health Information System. Records of deaths, discharges, and emergency visits from January to June 2022 were analyzed. **Results:** A total of 103,415 emergency visits were recorded across thirteen hospitals, with 9,541 (9.23%) involving geriatric patients. The Dr. Rubén Leñero Hospital had the highest proportion of geriatric visits (12.73%), while the General Hospital of Tláhuac had the lowest (6.11%). The mean patient age was 74.5 years, with a predominance of female patients (55.4%). Non-urgent cases accounted for 66.4% of visits. The most frequent diagnoses were COVID-19, trauma, and chronic conditions such as hypertension and diabetes. Most patients were discharged (79%), whereas 3.7% died in the ED. **Conclusions:** Disparities exist in access to and management of geriatric emergency care. Implementing specialized triage protocols and staff training is crucial to improving outcomes and reducing morbidity and mortality in this population.

^a Doctorado en Salud Pública, Universidad Contemporánea de las Américas.

^b Servicio de Urgencias, Hospital General de Iztapalapa.

^c Licenciatura en Medicina, Universidad Autónoma Metropolitana.

^d Servicio de Urgencias, Hospital General de Xoco.

Correspondencia: Iván Ilescas Martínez

Servicio de Medicina de Urgencias del Hospital General Iztapalapa. Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

Correo electrónico: ilescasivan@gmail.com

Palabras clave: Envejecimiento de la población, geriatría, medicina de urgencias, desigualdades en la atención de salud, servicios de salud para ancianos.

Keywords: Aging population, geriatrics, emergency medicine, health inequalities, health services for the aged.

Introducción

El envejecimiento puede definirse como una disminución de las propiedades funcionales tanto a nivel celular, tisular y orgánico, con una subsecuente pérdida de la homeostasis y adaptabilidad a las noxas internas y externas, incrementando la vulnerabilidad de los pacientes adultos mayores a la enfermedad y consiguientemente a la muerte (1).

La Organización Mundial de la Salud define como pacientes adultos mayores a aquellas personas que sobrepasan los 60 años de edad (2), lo que delimita un grupo población con características fisiológicas y fisiopatológicas específicas, que conllevan a desafíos particulares en su atención médica. A nivel global, la esperanza de vida ha incrementado de manera sostenida, y hoy día, la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o mayor a los 60 años, lo que representa un incremento de la proporción de personas adultas mayores en la población (3).

De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud, el grupo de población de 60 años o más se incrementará de 1,000 millones en 2020 a 1,400 millones en 2030, lo que se traduce en que una de cada seis personas en el mundo estará en ese grupo de edad. Para 2050, se prevé que el número de personas mayores de 80 años se triplique con respecto a 2020, alcanzando los 426 millones de personas (4).

En México; de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI); al último censo poblacional de 2020 el 12% de la población es mayor a 60 años, representando un total de 15,121,683 personas en nuestro país, así mismo el índice de envejecimiento calculado con base en el número de adultos mayores por cada 100 individuos menores de

15 años ha pasado de 16.0 en el año de 1990 a 47.7 en 2020 (5). Con base en la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento al estado de salud autorreportado por los encuestados el 49.7% de los hombres reporta un estado de salud regular versus el 55.2% de las mujeres, mientras que el 8% de la población reporta un estado de salud malo en los hombres y un 10.7% en las mujeres, así mismo para 2018 el 14.8% de los hombres refirieron no contar con derechohabencia a algún sistema de salud, en comparación al 9.7% de mujeres en la misma condición, cifra que podría ser mayor considerando que una gran parte de la población refería como derechohabencia a servicios de salud al hoy extinto Seguro Popular (36.1% hombres y 37.1% mujeres) (6).

Los cambios demográficos asociados al envejecimiento poblacional han dado lugar a una transición epidemiológica que modificó el perfil de morbilidad de esta población, incrementado la prevalencia de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles de manera importante, ya que este grupo de enfermedades presentan frecuentes exacerbaciones y recaídas o complicaciones que hacen que este grupo de pacientes requiera valoraciones reiteradas en los servicios de urgencias, sin embargo, es evidente que los modelos de atención en los servicios de urgencias no están adaptados al paciente geriátrico (7–9).

La geriatrización se refiere a los procesos de adaptación de los servicios de salud para satisfacer de manera efectiva las necesidades específicas de los adultos mayores (10). Este enfoque reconoce las particularidades clínicas, psicológicas y sociales de los está población, proponiendo modificaciones en la infraestructura, los protocolos y la capacitación del personal médico para mejorar la calidad

de la atención (11,12). La implementación de estrategias de geriatización ha demostrado un impacto positivo en la eficiencia del sistema de salud, al promover un envejecimiento saludable, reducir la morbilidad y la mortalidad, y mejorar la calidad de vida de la población mayor (13,14).

El objetivo de este trabajo es analizar los principales motivos de consulta de la población geriátrica atendida en la Red de Hospitales de los Servicios de Salud de la Ciudad de México.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo observacional retrospectivo transversal, de los datos obtenidos por el Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud. Defunciones, Egresos, Urgencias y Lesiones, desde la plataforma http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_urgencias_gobmx.html del periodo comprendido del 1 de enero de 2022 a 30 de junio de 2022.

Se realizó un análisis descriptivo exhaustivo de la muestra. Este análisis incluyó la presentación de frecuencias, medias, medianas y modas para las variables cuantitativas, así como frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas.

Las variables analizadas incluyeron la Unidad Hospitalaria, que define el hospital de donde se obtuvieron los datos; la Edad y el Sexo del paciente; el Tipo de Urgencia, que categoriza la naturaleza de la emergencia médica; y el Tipo de Cama, especificando las diferencias en la atención según la infraestructura disponible. Además, se analizaron variables relacionadas con la salud del paciente, como la Afección Principal y su codificación según la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10). Por último, se consideró el Motivo de alta, que describe la razón por la cual el paciente fue dado de alta del hospital.

El análisis estadístico se realizó en el Software estadístico Jamovi versión 2.3, de descarga libre en <https://www.jamovi.org>.

Resultados

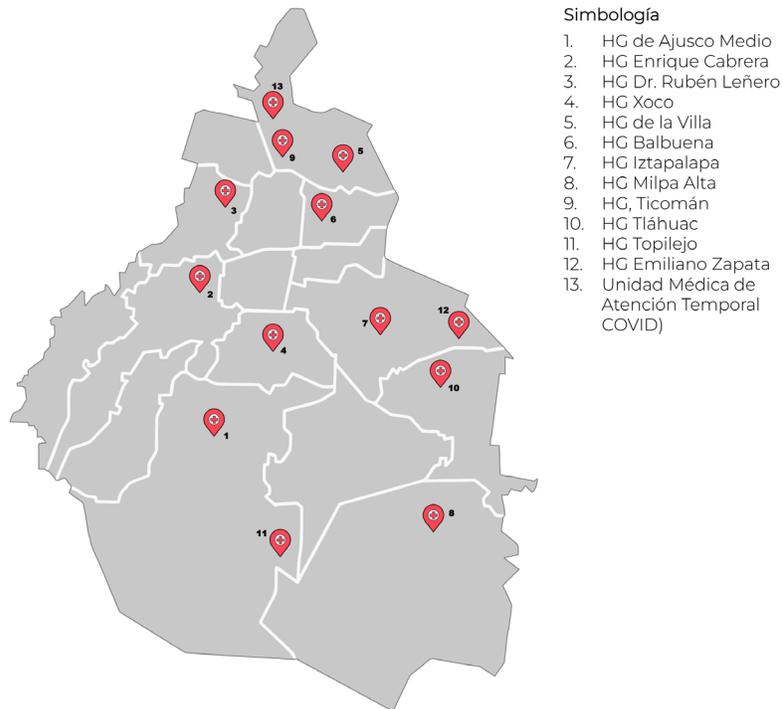
Entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2022, se registraron un total de 111,187 atenciones en los servicios de urgencias de las unidades hospitalarias que conforman la red de Hospitales de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (figura 1), según los datos del Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud. Defunciones, Egresos, Urgencias y Lesiones" (SINBA-SEED y SEUL). De estas atenciones, 9,541 correspondieron a pacientes mayores de 65 años, lo que equivale al 8.58% de las atenciones registradas.

La edad promedio de los pacientes atendidos fue de 74.5 años. El grupo de edad más afectado fue el de 65 a 70 años, representando el 30.8% del total de pacientes geriátricos (n=2,940). En cuanto a la distribución por sexo, el 55.4% (n=5,281) fueron mujeres, mientras que los hombres representaron el 44.6% (n=4,280) (figura 2).

De acuerdo con los registros de SINBA-SEED y SEUL, el 33.6% (n=3,205) se reportaron como urgencias calificadas, es decir, que requerían atención inmediata. En contraste, el 63.4% (n=6,336) se reportaron como urgencias no calificadas. De estas atenciones, el 68% (n=1,804) no requirió de hospitalización, de aquellas que requirieron hospitalización, en el 18.9% (n=1,804) no se especificó el tipo de cama que se utilizó, el 10.9% (n=1,042) accedió a una cama de hospitalización y solo el 1.6% (n=153) fue atendido en el área de choque.

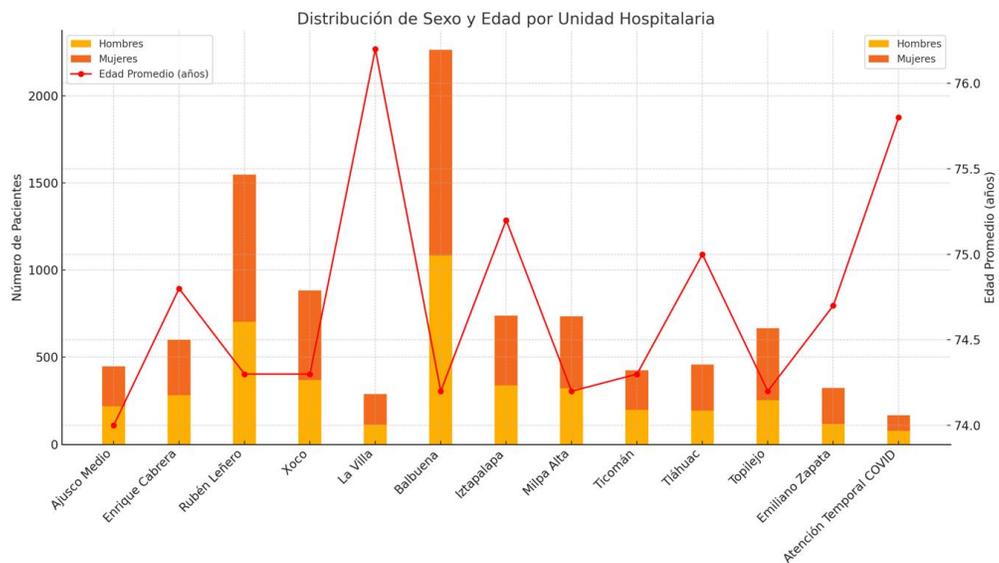
El hospital con la edad promedio más elevada fue la Clínica Hospital Emiliano Zapata, en la alcaldía Iztapalapa, con un promedio de 76.2 años (± 8.47). Le siguieron el Hospital General Ajusco Medio con 75.8 (± 7.92) y el Hospital General de Balbuena con 75.2 años (± 8.05). Por otra

Figura 1. Distribución de las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.



Fuente: Elaboración propia.

Figura 2. Distribución de sexo y edad por unidad hospitalaria.



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 1. Distribución de las variables por unidad hospitalaria.

Unidad hospitalaria	Sexo		Edad	Atención de Urgencias			Tipo de Urgencia		Tipo de cama de atención					Destino de egreso					
	Hombres	Mujeres		No. de atenciones totales del servicio de urgencias	No. de atenciones en urgencias de población geriátrica	% de atención a población geriátrica	Urgencia calificada	Urgencia no calificada	Cama de choque	Cama de observación	No especificado	Sin cama	Consulta Externa	Defunción	Domicilio	Egreso voluntario	Fuga	Hospitalización	Traslado a otra unidad
HG de Ajusco Medio	217	231	74 (±7.59)	5768	448	7.77	20	428	17	84	1	346	7	53	354	3	21	7	
HG Dr. Enrique Cabrera	281	319	74.8 (±8.24)	4740	600	12.66	95	505	0	86	209	305	1	28	497	4	55	14	
HG Dr. Rubén Leñero	703	845	74.3 (±7.54)	12159	1548	12.73	501	1047	3	0	49	1496	350	16	1104	0	75	1	
HG Xoco	368	514	74.3 (±7.82)	8961	882	9.84	339	543	6	58	76	742	0	26	841	13	1	1	
HG de la Villa	112	176	75.2 (±8.47)	2051	288	14.04	63	225	0	0	288	0	1	30	200	7	46	0	
HG Balbuena	1082	1181	74.2 (±7.47)	21740	2263	10.41	1049	1214	19	101	1061	1082	37	34	1913	17	250	0	
HG Iztapalapa	337	402	75.2 (±8.05)	8992	739	8.22	350	389	90	335	0	314	1	87	463	4	184	0	
HG Milpa Alta	322	413	74.2 (±7.11)	8041	735	9.14	296	439	0	140	0	595	0	19	564	0	61	91	
HG Ticomán	197	227	74.3 (±7.73)	4831	424	8.78	33	391	5	39	1	379	3	15	312	3	55	35	
HG Tláhuac	194	264	75 (±8.64)	7496	458	6.11	193	265	1	50	0	407	4	24	330	3	93	3	
HG Topilejo	252	414	74.2 (±7.77)	10704	666	6.22	136	530	11	33	119	503	14	7	594	3	41	6	
HG Emiliano Zapata	117	207	74.7 (±6.71)	6521	324	4.97	43	281	1	13	0	310	12	7	290	0	15	0	
Unidad Médica de Atención Temporal COVID	78	88	75.8 (±7.92)	1411	166	11.76	87	79	0	103	0	63	0	4	79	1	78	4	
TOTAL	4260	5281	0	103415	9541	9.23	3205	6336	153	1042	1804	6542	430	350	7541	58	975	162	

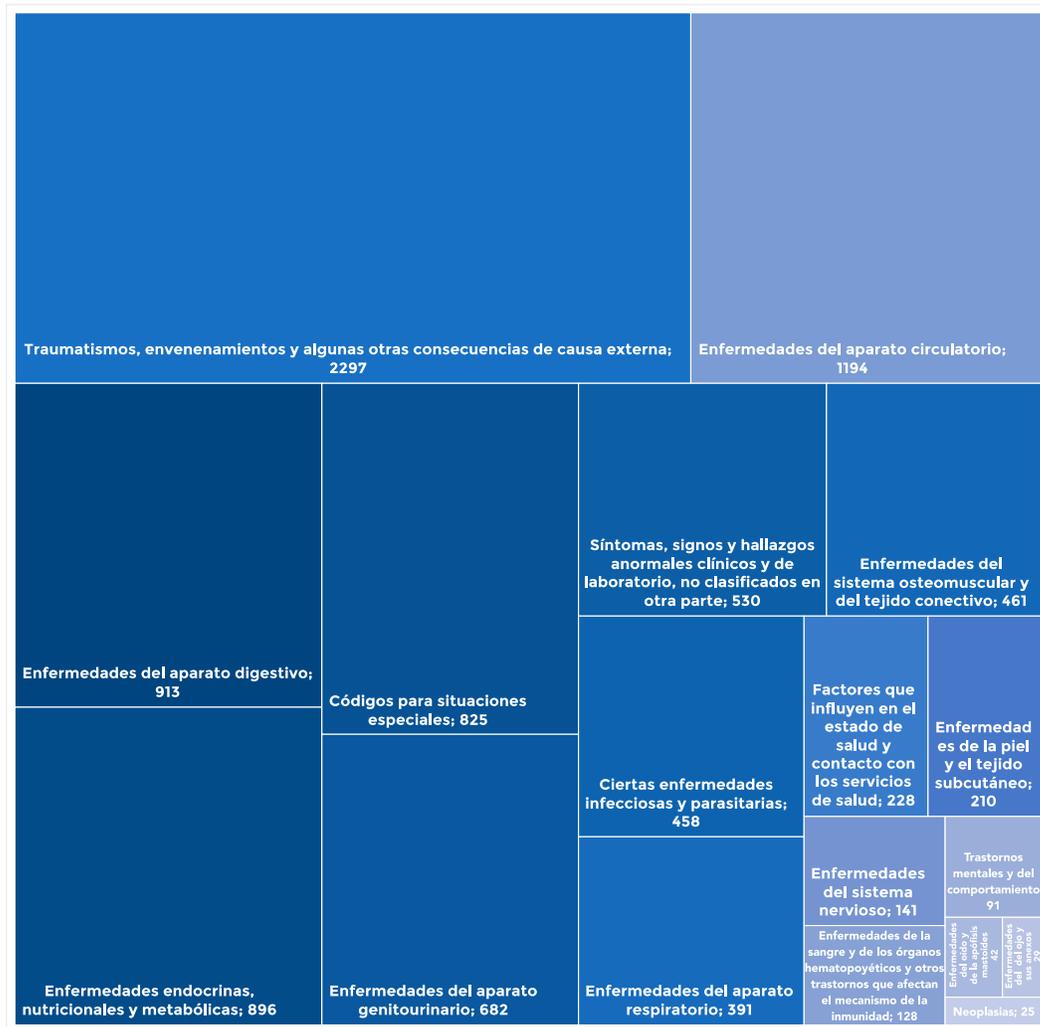
Fuente: Elaboración propia.

parte, las unidades que registraron la población geriátrica con la menor edad promedio fueron los Hospitales Generales de Topilejo, Villa y Xoco con 74.2 años, finalmente la Unidad de Atención Temporal COVID La Pastora que reporto una media de 74 años (± 7.59), (tabla 1).

De acuerdo a la codificación del Catálogo Internacional de Enfermedades volumen 10 (CIE 10) usado por la plataforma donde se han obtenido los datos, el capítulo que más atenciones reporta es el capítulo XIX codificado como "Traumatismos, envenenamientos

y algunas otras consecuencias de causa externa" que representa un 24.1% (n=2297) seguido del capítulo XI "Enfermedades del aparato digestivo" con 9.6% de atenciones (n=913), posteriormente el IV "Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas" con un 9.4% (n=896), XXII "Códigos para situaciones especiales" con 8.6% (n=825) de las atenciones, XIV "Enfermedades del aparato genitourinario" con 7.1% del total (n=682), y en quinto lugar el capítulo XVIII "Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en

Figura 3. Grupo de patologías agrupadas por clasificación del CIE 10 en la Ciudad de México en el periodo de estudio.



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Patologías agrupadas por clasificación del CIE 10.

Capítulo de acuerdo a CIE 10	Frecuencia	Porcentaje
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	2297	24.1
Enfermedades del aparato circulatorio	1194	12.5
Enfermedades del aparato digestivo	913	9.6
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	896	9.4
Códigos para situaciones especiales	825	8.6
Enfermedades del aparato genitourinario	682	7.1
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	530	5.6
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	458	4.8
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	461	4.8
Enfermedades del aparato respiratorio	391	4.1
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	228	2.4
Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	210	2.2
Enfermedades del sistema nervioso	141	1.5
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	128	1.3
Trastornos mentales y del comportamiento	91	1
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	42	0.4
Enfermedades del ojo y sus anexos	29	0.3
Neoplasias	25	0.3

Fuente: Elaboración propia.

otra parte" con un 5.6% de las atenciones (n=530). Los capítulos con menos atenciones reportadas fue el VIII "Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides", VII "Enfermedades del ojo y sus anexos" y II "Neoplasias" con una atención del 0.4%, 0.3% y 0,3% respectivamente (Figura 3 y tabla 2).

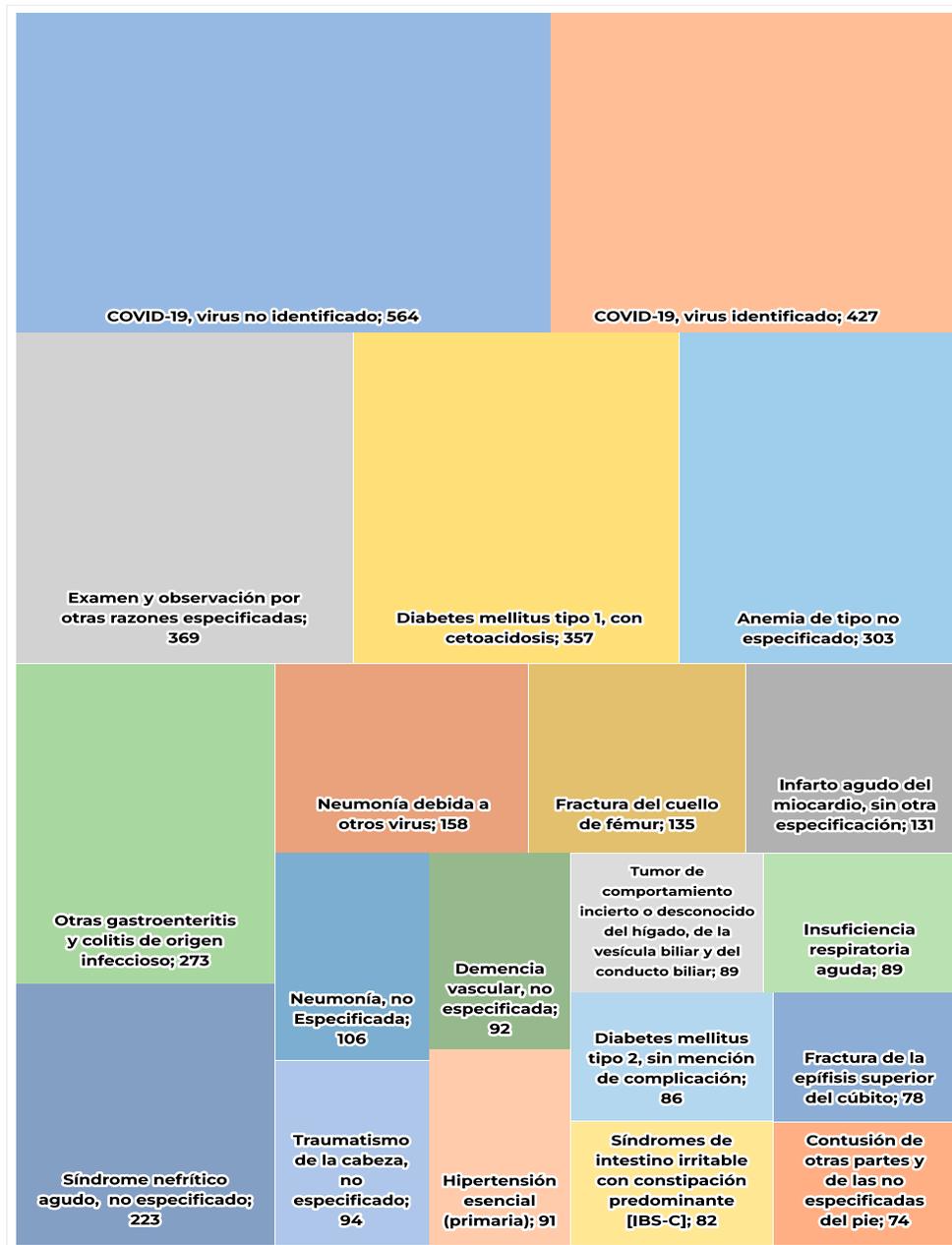
De acuerdo con el código de CIE 10 reportado como afección primaria de los pacientes mayores de 65 años en la base de datos, se encontró que la principal patología atendida durante el tiempo analizado fue la infección por COVID 19, en un 5.9% se trató de casos sospechosos, en segundo lugar, con un 4.5% de las atenciones totales se trataron de COVID 19 confirmado por alguna prueba de detección. Llama la atención que el tercer lugar de atención sea la causa Z04.8 denominada

"Examen Y Observación Por Otras Razones Especificadas", la cual tiene una proporción en un 3.9% del total de la población analizada (n=369). La cuarta causa de atención fue parte de las complicaciones de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles en específico de la Diabetes tipo 2 con descompensación por Cetoacidosis Diabética en un 3.7% (n=357). La quinta causa de atención de la población geriátrica en el tiempo analizado fue el código D64.9 denominado "Anemia no especificada" en un 3.2% de la población (n=303), posteriormente se observa el diagnóstico A09.0 "Otras Gastroenteritis Y Colitis De Origen Infeccioso" en un 2.9% de la población. Salta que en la posición número 7 se encuentre el diagnóstico N05 "Síndrome nefrítico no especificado", en un 2.3% (n=223), en el 8vo lugar se encontró el diagnóstico

J12.8 "Neumonía debida a otros virus", y en la posición número 9 se encuentra el diagnóstico I21.9 "Infarto Agudo de Miocardio, sin otra especificación" presentándose en el 1.4% de

la población (n=131), y en la posición 10 se ubica el diagnóstico S72.0 Fractura de cabeza y cuello de fémur en el 1.4% de la población (Figura 4).

Figura 4. Principales patologías que causan atención en la población mayor a 65 años en los Hospitales de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.



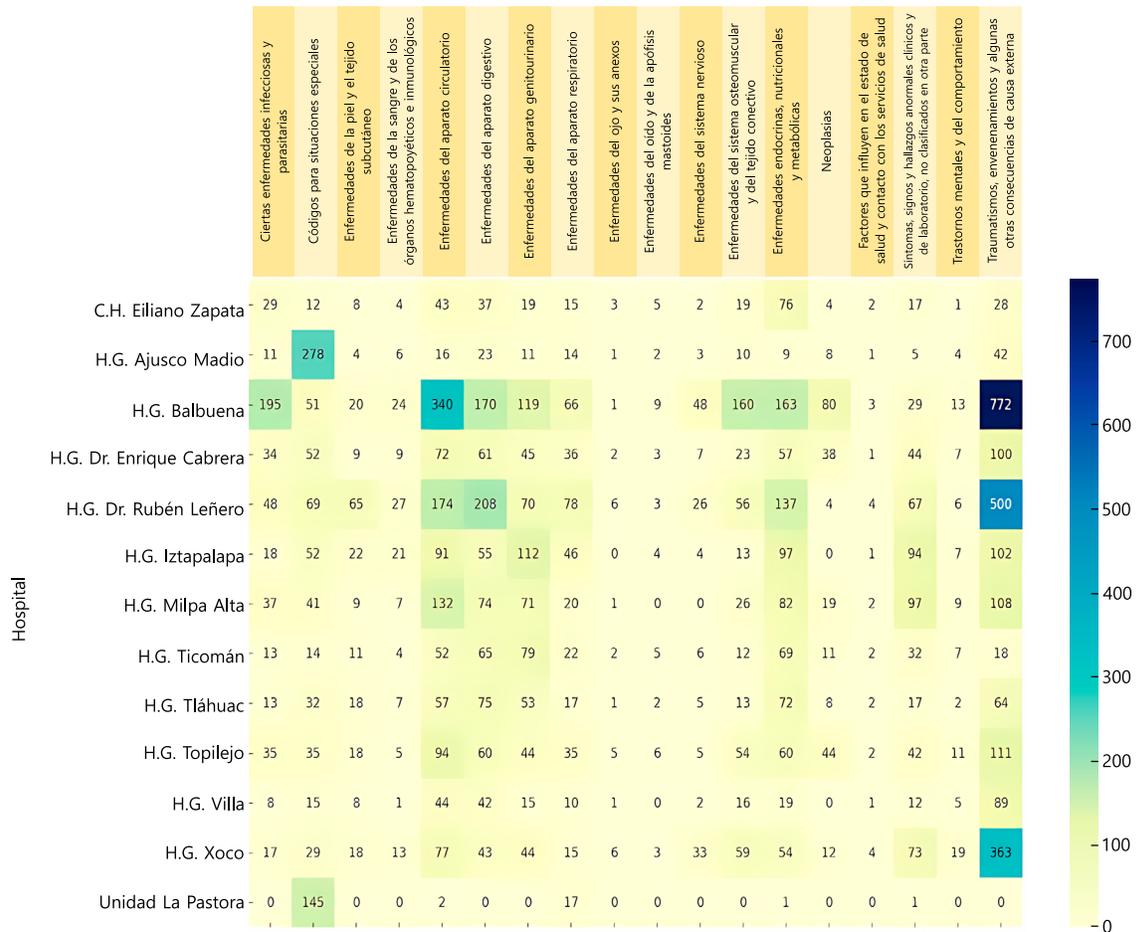
Fuente: Elaboración propia.

Al realizar el análisis de los datos de acuerdo con el capítulo donde se engloban los diagnósticos de acuerdo con CIE 10 por unidad hospitalaria observamos grandes discrepancias entre las patologías atendidas en las unidades hospitalarias encontrando que: en la Clínica Hospital Emiliano Zapata el 23% de las atenciones fueron derivadas de Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, seguidas de las Enfermedades del aparato circulatorio (13.27%). En el Hospital General de Ajusco Medio el principal capítulo de atención fue el codificado como Códigos para situaciones especiales en un 62%, seguido de Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa en un 9.3%, en el Hospital General de Balbuena la causa más frecuente de atención se engloba en el capítulo denominado Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa en un 34.1%, y seguido de las Enfermedades del aparato circulatorio en un 15%. El Hospital General Dr. Enrique Cabrera el primer grupo de atenciones se engloba en el capítulo Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa (16.6%), seguido de Enfermedades del aparato circulatorio (12%). Para los datos observados en el Hospital General Dr. Rubén Leñero el principal motivo de atención lo tiene el grupo de enfermedades del capítulo denominado Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa (32.3%), seguido de las Enfermedades del aparato digestivo en un 13.4%. El Hospital General de Iztapalapa reporta que las Enfermedades del aparato genitourinario son su principal causa de atención en adultos mayores en un 15.1%, seguidas de Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa en un 13%. En el Hospital de Milpa Alta son las Enfermedades del aparato circulatorio la principal causa de atención con un 17.9%, seguido de Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa

externa. El Hospital General de Ticomán reporta que su principal grupo de atención fueron las englobadas en las Enfermedades del aparato genitourinario en un 18.6%, seguido de las Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas en un 16.2%. En la zona oriente de la ciudad el Hospital General de Tláhuac las Enfermedades del aparato digestivo son la causa más frecuente de atención seguida de las Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas con un 16.3% y 15.7% respectivamente. El Hospital General de Topilejo reporta que los Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa ocupan el 16.6% mientras que las Enfermedades del aparato circulatorio el 14.1%, similar a lo reportado por el Hospital General de la Villa y Xoco en quienes la proporción es en un 30.9% y 41.1% para los Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa y 15.2% y 8.7% para las Enfermedades del aparato circulatorio respectivamente. En la Unidad Temporal de Atención COVID 19 La Pastora el grueso de la población atendida fue del capítulo englobado como Códigos para situaciones especiales en el cual se encuentra el código U07.1 y U07.2 que codifican para COVID-19, virus identificado y COVID-19, virus no identificado respectivamente con un 87.34% de la población atendida en esta unidad (Figura 5).

En cuanto a los desenlaces, el 79% (n=7,451) de los pacientes egresaron a su domicilio tras la atención en los servicios de urgencias. Un 10.2% (n=975) requirió de ser hospitalizados para seguimiento, mientras que el 4.5% (n=430) de los casos fallecieron en el servicio de urgencias.

Figura 5. Mapa de calor de acuerdo a los capítulos de CIE 10 por unidad hospitalaria de los Servicios de Salud de la Ciudad de México.



Fuente: Elaboración propia.

Discusión

La población mundial está teniendo una tendencia hacia el envejecimiento de manera muy acelerada (15). Se estima que las personas mayores de 65 años utilizarán aproximadamente la mitad de los médicos de emergencia para el 2030 de acuerdo con algunas proyecciones (16). Algunos países, como Turquía y Estados Unidos; más del 24% de los usuarios de los servicios de emergencias son población de adultos mayores (17). Esta tendencia tiene estrecha relación con el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas,

comorbilidades, efectos secundarios de los tratamientos establecidos en los ancianos. Los pacientes mayores tienen una mayor tasa de hospitalizaciones que requieren más recursos; tanto económicos como humanos; y tienen mayor riesgo de resultados adversos, lo que hace en consecuencia aumentar los costos de atención en comparación con otros grupos etarios (18).

La evaluación y manejo de pacientes mayores en servicios de urgencias puede ser particularmente compleja, demandar tiempo adicional y, en ciertos casos, requerir habilidades especializadas. La

confluencia de múltiples comorbilidades, la polifarmacia y el deterioro funcional originan un estado de fragilidad complejo que afecta negativamente los desenlaces clínicos. Adicionalmente, debido a esta intrincada interacción de factores, muchos de estos pacientes pueden manifestar síntomas atípicos y necesitar una atención detallada y multidimensional. Frecuentemente, se requiere un enfoque multi y transdisciplinar para proporcionar una atención de calidad a este grupo de pacientes (17).

Se observó que la demanda de mayor atención en los pacientes geriátricos fueron las codificadas en el capítulo de lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas. La atención del trauma en la población geriátrica es crucial debido a su vulnerabilidad y las complicaciones únicas que enfrentan. Estos pacientes suelen ser más frágiles, con condiciones preexistentes que pueden complicar el tratamiento y la recuperación. La fragilidad en los ancianos a menudo conlleva a una mayor duración de la hospitalización y a la necesidad de cuidados más intensivos, lo que incrementa los costos (18). Además, su recuperación puede ser más lenta y está sujeta a mayores riesgos de complicaciones como infecciones o problemas cardíacos (19). Por lo tanto, es esencial una atención especializada y sensible a las necesidades específicas de esta población, con un enfoque en la prevención, la evaluación cuidadosa y un manejo adecuado de los recursos para garantizar resultados óptimos. La atención del trauma en ancianos requiere un enfoque integral que aborde tanto los aspectos médicos como los sociales de su cuidado.

Como parte del presente trabajo se analizaron las principales causas de atención en la población de adultos mayores de la Ciudad de México, las cuales en suma son muy similares a lo reportado por los sistemas epidemiológicos de nuestro país, derivado de que la temporalidad analizada fue en el primer semestre del 2022; cuando aún se encontraba

una alta actividad de casos de infección por SARS CoV2; es esperado que sea esta la primer causa de atención en la población analizada, seguida de condiciones crónicas presentes con frecuencia en este grupo de población (20). Sin embargo, llama la atención el subregistro de motivos de atención en la población adulta mayor, así como el mal registro de algunas de estas enfermedades. El diagnóstico Z04.8 codificado como "Examen y observación por otras razones especificadas", es un diagnóstico altamente usado en la codificación de los registros, y esta causa no es explícita del motivo de atención de los usuarios de los servicios de salud, situación que impacta en la toma de decisiones ya que no se puede apreciar de una manera clara las necesidades de esta población.

La geriatrización de los servicios de urgencias ha sido un fenómeno que han abordado ampliamente algunos países y que han generado documentos de posicionamiento y guías clínicas de atención a esta población altamente vulnerable y demandante (21), en estos lineamientos se aborda el problema desde una mirada de multidisciplinariedad, enfocada en las necesidades complejas de los pacientes mayores usuarios de los servicios de urgencias, y recogen en buena parte muchos puntos de buena práctica clínica para poder ofrecer una atención más rentable y centrada en el paciente adulto mayor, sin embargo, es claro también que la implementación de estos programas requieren de personal altamente capacitado, recursos y notables cambios en la educación médica de los servicios de urgencias y emergencias de nuestra ciudad. Muchas de estas guías y recomendaciones hacen referencia a protocolos específicos de evaluación, atención de enfermería y médicos, infraestructura, indicadores, entre múltiples aspectos más que son necesarios de abordar uno por uno de ellos en otras disertaciones.

Si bien el alcance de este trabajo es breve, para el mundo de intervenciones que conlleva

el analizar a esta población tan particular en los servicios de urgencias, falta analizar la incidencia de delirium en esta población, la tasa de caídas de estos pacientes, los costos por estancias prolongadas, interacciones medicamentosas en el contexto del paciente con polifarmacia, entre muchas otras cosas más.

Un buen número de pacientes adultos mayores son egresados a su domicilio sin dar mayor seguimiento por la consulta externa de especialidades médicas o derivados a primer nivel de atención para su seguimiento, situación que contrasta con lo reportado por otros autores, que incluso comentan que el dar visitas de seguimiento a los usuarios adultos mayores reduce el riesgo de readmisión de estos a las unidades hospitalarias (22). Situación que también no se puede dar un seguimiento en los registros estadísticos proporcionados ya que no se cuenta con un rubro especial donde se tenga este registro como readmisión, algunos autores reportan que factores como la desnutrición, movilidad reducida, los riesgos de caída, fatiga y dependencia funcional se consideran como de riesgo para un reingreso temprano (30 días) a las unidades hospitalarias (23,24), lo cual nos abre a dos discusiones más: la importancia de la identificación de los factores de riesgo y de los síndromes geriátricos al ingreso a los servicios de emergencias, y a la importancia de crear mejores métodos de registro de la información que permitan diferenciar esta situación en la población adulta mayor, ya que representa un factor de riesgo, igualmente, que incrementa los costos de atención, las complicaciones y por tanto la mortalidad en este grupo de pacientes (25–27).

Conclusión

El número de adultos mayores que utilizan los servicios de urgencias ha ido en aumento, tanto en nuestro país como en otras regiones. Esta población presenta desafíos únicos para los médicos de urgencias, derivados de la complejidad de sus patologías y

comorbilidades, así como de su fisiología particular y la presencia de múltiples síndromes geriátricos en un solo paciente. Mejorar la calidad de la atención en los servicios de urgencias para esta población ha sido un objetivo prioritario para diversas organizaciones internacionales, aunque la implementación formal y definitiva de estas mejoras aún está en proceso. En nuestro país, aún no se han establecido lineamientos claros que delimiten y estandaricen estas prácticas; lo cual, es esencial para mejorar la calidad de la atención a los pacientes mayores.

Es imperativo trabajar en el diseño de políticas públicas y guías de práctica clínica enfocadas en los adultos mayores, para asignar de manera más efectiva los recursos de atención médica, optimizar las tasas de admisión y egreso de estos pacientes, y dirigir los esfuerzos de manera conjunta para lograr su implementación a corto plazo. Los servicios de urgencias representan un punto de conexión crucial entre la atención hospitalaria y comunitaria de los pacientes adultos mayores, ofreciendo una significativa oportunidad para mejorar. Es fundamental que los servicios de urgencias reconozcan la necesidad de crear espacios adaptados a los adultos mayores en todas las dimensiones: asistenciales, estructurales y administrativas. Esto permitirá que la atención aguda de estos pacientes sea óptima y de alta calidad, evitando sobrecargas, complicaciones, readmisiones innecesarias y disminuyendo los ingresos hospitalarios no necesarios.

Referencias

- 1]. Fedarko NS. The biology of aging and frailty. *Clin Geriatr Med* [Internet]. 2011;27(1):27–37. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.cger.2010.08.006>
- 2]. Organización Mundial de la Salud. *Decade of healthy ageing: baseline report. Summary* [Internet]. Ginebra, Suiza; 2021 [citado el 19 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55871>

- 3]. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento [Internet]. Ginebra, Suiza; 2021. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/340207/9789240020542-spa.pdf?sequence=1>
- 4]. World Health Organization. Press Center of WHO. 2021. Ageing and health. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- 5]. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda 2020 [Internet]. Ciudad de México; 2021 [citado el 19 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>
- 6]. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento 2018. Presentación de resultados. [Internet]. [Ciudad de México]: Instituto Nacional de Geografía y Estadística; 2018 [citado el 19 de agosto de 2024]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enasem/2018/doc/enasem_2018_presentacion.pdf
- 7]. Bárcena A, Cimoli M, García R, Beteta P, Pérez R. Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. *Revistas de la CEPAL* [Internet]. 2018;25–8. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/44369-envejecimiento-personas-mayores-agenda-2030-desarrollo-sostenible-perspectiva>
- 8]. González KD. Envejecimiento demográfico en México: análisis comparativo entre las entidades federativas. En: *La situación demográfica de México 2015* [Internet]. 2016. p. 113–31. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2702/06_envejecimiento.pdf
- 9]. Patricia M, Soto A, David J, Anguiano A, Cano JM. Envejecimiento en México: desafíos actuales y futuros para el alcance de los ODS desde la perspectiva de trabajo social. *ACANITS, Redes Temáticas en Trabajo Social* [Internet]. el 22 de enero de 2024 [citado el 19 de agosto de 2024];3(4):134–67. Disponible en: <https://doi.org/10.62621/acanits-redes-t-ts.v3i4.43>
- 10]. Marqués Vilallonga A, San José Laporte A, Klamburg Pujol J, Camacho OL, Vilardell Tarrés M. Geriatrization of emergency services. *Rev Clin Esp* [Internet]. 2006 [citado el 6 de junio de 2024];206(5):254. Disponible en: DOI: 10.1157/13088570
- 11]. Ahn S, Hussein M, Mahmood A, Smith ML. Emergency department and inpatient utilization among U.S. older adults with multiple chronic conditions: A post-reform update. *BMC Health Serv Res* [Internet]. el 3 de febrero de 2020;20(1):1–10. Disponible en: 10.1186/s12913-020-4902-7
- 12]. Klein A. Los desafíos, aún pendientes, de la sociedad de envejecimiento. *Forum Revista Departamento de Ciencia Política* [Internet]. el 1 de enero de 2024 [citado el 18 de junio de 2024];(25):225–40. Disponible en: <https://doi.org/10.15446/frdcp.n25.113453>
- 13]. Leipzig RM, Sauvigné K, Granville LJ, Harper GM, Kirk LM, Levine SA, et al. What is a geriatrician? American Geriatrics Society and Association of Directors of Geriatric Academic Programs end-of-training entrustable professional activities for geriatric medicine. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2014 [citado el 18 de junio de 2024];62(5):924–9. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jgs.12825>
- 14]. Padeiro M, Santana P, Grant M. Global aging and health determinants in a changing world. *Aging: From Fundamental Biology to Societal Impact* [Internet]. el 1 de enero de 2023 [citado el 18 de junio de 2024];3–30. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-823761-8.00021-5>
- 15]. Zeinalhajlou AA, Ghafouri RR, Matlabi H. Utilization of Emergency Medical Services among Older People: A Case Study. *Elderly Health Journal*. 2017;3(1):23–7.
- 16]. Platts-Mills TF, Leacock B, Cabañas JG, Shofer FS, McLean SA. Emergency medical services use by the elderly: analysis of a statewide database. *Prehospital emergency care* [Internet]. 2010 [citado el 19 de agosto de 2024];14(3):329–33. Disponible en: <https://doi.org/10.3109/10903127.2010.481759>
- 17]. Ellis G, Marshall T, Ritchie C. Comprehensive geriatric assessment in the emergency department.

- Clin Interv Aging [Internet]. 2014 [citado el 19 de agosto de 2024];9:2033–43. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/CIA.S29662>
- 18]. Seyit M, Yilmaz A, Seyit DA, Ozen M. Cost analysis of emergency department visits by geriatric patients living in nursing homes. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*. el 1 de julio de 2019;29(7):658–60.
 - 19]. Newgard CD, Lin A, Yanez ND, Bulger E, Malveau S, Caughey A, et al. Long-term outcomes among injured older adults transported by emergency medical services. *Injury* [Internet]. el 1 de junio de 2019 [citado el 11 de agosto de 2024];50(6):1175–85. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.injury.2019.04.028>
 - 20]. Fry M, Fitzpatrick L, Considine J, Shaban RZ, Curtis K. Emergency department utilisation among older people with acute and/or chronic conditions: A multi-centre retrospective study. *Int Emerg Nurs* [Internet]. 2018 [citado el 19 de agosto de 2024];37:39–43. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.09.004>
 - 21]. 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. *Eur Geriatr Med*. el 1 de abril de 2022;13(2):309–17.
 - 22]. Thomsen K, Fournaise A, Matzen LE, Andersen-Ranberg K, Ryg J. Does geriatric follow-up visits reduce hospital readmission among older patients discharged to temporary care at a skilled nursing facility: a before-and-after cohort study. *BMJ Open* [Internet]. 2021 [citado el 8 de agosto de 2023];11:46698. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046698>
 - 23]. Cilla F, Sabione I, D'Amelio P. Risk Factors for Early Hospital Readmission in Geriatric Patients: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2023 [citado el 19 de agosto de 2024];20(3). Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph20031674>
 - 24]. Lau HL, Patel SD, Garg N. Causes and Predictors of 30-Day Readmission in Elderly Patients With Delirium. *Neurol Clin Pract* [Internet]. 2021 [citado el 19 de agosto de 2024];11(3):e251–60. Disponible en: <https://doi.org/10.1212/cpj.0000000000000976>
 - 25]. Bohannon RW, Maljanian R, Ferullo J. Mortality and readmission of the elderly one year after hospitalization for pneumonia. *Aging Clinical and Experimental Research* 2004 16:1 [Internet]. el 25 de julio de 2013 [citado el 8 de agosto de 2023];16(1):22–5. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/BF03324527>
 - 26]. Hao Q, Zhou L, Dong B, Yang M, Dong B, Weil Y. The role of frailty in predicting mortality and readmission in older adults in acute care wards: a prospective study. *Sci Rep* [Internet]. el 1 de diciembre de 2019 [citado el 8 de agosto de 2023];9(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1038/S41598-018-38072-7>
 - 27]. Visade F, Babykina G, Puisieux F, Bloch F, Charpentier A, Delecluse C, et al. Risk Factors for Hospital Readmission and Death After Discharge of Older Adults from Acute Geriatric Units: Taking the Rank of Admission into Account. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2021 [citado el 8 de agosto de 2023];16:1931. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/340207/9789240020542-spa.pdf?sequence=1>

Recibido: 01 de noviembre de 2024.

Corregido: 17 de junio de 2025.

Aceptado: 28 de junio de 2025.

Conflictos de interés: Los autores declaran que no existen conflictos de interés.