

Recomendaciones del Grupo de Trabajo sobre Medicina Geriátrica de Urgencias de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias sobre el cribado de fragilidad, valoración geriátrica e intervención en el Servicio de Urgencias (Recomendaciones GEM-SEMES)

GEM-SEMES recommendations on frailty screening, geriatric assessment, and intervention in emergency care

Cesáreo Fernández Alonso¹, Mireia Puig Campmany², Sira Aguiló Mir³, Belén Rodríguez Miranda⁴, M^a Pilar López Díez⁵, Rosa M^a Capilla Pueyo⁶, Carles Ferré Losa⁷, María Mir Montero⁸, Isabel Arnau Barrés⁹, Martín Ruíz Grinspan¹⁰, Enrique Martín Mojarro¹¹, Esther Álvarez Rodríguez¹², Yolanda Sousa Ávila¹³, Pascual Piñera Salmerón¹⁴, Manuel Liñán López¹⁵, F. Javier Martín-Sánchez¹⁶, Santiago Castejón Hernández¹⁷, Juan J González-Armengol¹, Carmen Del Arco Galán⁴, en representación de GEM-SEMES.

Introducción

La población mundial presenta actualmente un envejecimiento progresivo. En España al menos uno de cada cuatro individuos ya es mayor de 65 años y la esperanza de vida al nacer se sitúa alrededor de los 85 años. Este aumento de longevidad se asocia a una mayor complejidad y necesidad de recursos para garantizar una atención sanitaria de calidad, a pesar de lo cual, los resultados en salud no son los esperados^{1,2}.

Los servicios de urgencias hospitalarias (SUH) forman parte de la red de seguridad de nuestro sistema nacional de salud, al estar disponibles 24 horas al día los 365 días del año. Se atienden más de 30 millones de urgencias anuales y, al menos, uno de cada cuatro pacientes, es mayor de 65 años³.

La Medicina de Urgencias y Emergencias (MUE) ha sido recientemente reconocida como especialidad en nuestro país y deberá tener en cuenta aspectos clave de la Medicina Geriátrica de Urgencias⁴. Para ello deberá pasar de un modelo de atención unidimensional centrado en el episodio clínico, el cual no tiene en cuenta otros aspectos clínicos, funcionales, mentales y sociales que se asocian a malos resultados al alta de urgencias, hacia un modelo de atención multidimensional⁵.

En los últimos años ha aumentado el interés por realizar un cribado del paciente mayor frágil y una valoración geriátrica integral (VGI) en el SUH⁶. La atención sigue siendo heterogénea, puesto que no existe un modelo estandarizado y se desconoce lo que realmente se está realizando, llegando algunos autores a dudar de su utilidad o plausibilidad en urgencias⁷ especialmente en servicios saturados o con afluencia continua⁸. La literatura actual recoge diversas iniciativas en los SUH, con un grado de evidencia muy variable sobre el valor que aportan, hecho que complica que los SUH puedan impulsar cambios factibles, coste-eficientes y que aporten valor. Sin embargo, existen recomendaciones sobre aspectos clave en la asistencia del paciente mayor en el SUH que han sido propuestas a partir de "consensos entre expertos internacionales"^{9,10}.

Según lo anterior, desde el Grupo de Trabajo sobre Medicina Geriátrica de Urgencias de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (GEM-SEMES) se elaboró un documento con una serie de recomendaciones en la atención de pacientes mayores, sobre el cribado de fragilidad y la VGI adaptada a urgencias, que permitiera elaborar un plan de cuidados, con la finalidad de mejorar los resultados de la atención en los SUH al paciente mayor.

Filiación de los autores: ¹Servicio de Urgencias, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España. ²Servicio de Urgencias, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ³Servicio de Urgencias, Hospital Clínic, Barcelona, España. ⁴Servicio de Urgencias, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España. ⁵Servicio de Urgencias, Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España. ⁶Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Madrid, España. ⁷Servicio de Urgencias, Hospital Universitari de Vall d'Hebron, Barcelona, España. ⁸Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Infanta Leonor, Vallecas, Madrid, España. ⁹Servicio de Urgencias y de Geriátrica, Hospital del Mar, Barcelona, España. ¹⁰Servicio de Urgencias, Hospital del Henares, Coslada, Madrid, España. ¹¹Servicio de Urgencias, Hospital Sant Pau i Santa Tecla, Tarragona, España. ¹²Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Severo Ochoa de Leganés, Madrid, España. ¹³Servicio de Urgencias, Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España. ¹⁴Servicio Urgencias, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España. ¹⁵Dirección Médica, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España. ¹⁶Coordinación Médica, Hospital Enfermera Isabel Zendal, Madrid, España. ¹⁷Servicio de Geriátrica, Consorci Sanitari de Terrassa, Hospital de Terrassa, Barcelona, España.

Correspondencia: Cesáreo Fernández Alonso. Servicio de Urgencias. Hospital Clínico San Carlos. Prof. Martín Lagos s/n. 28040 Madrid, España.

E-mail: cesareofa@hotmail.com

Información del artículo: Recibido: 21-1-2025. Aceptado: 3-3-2025. Online: 2-4-2025.

Editor responsable: Guillermo Burillo-Putze.

DOI:

Metodología

Para el desarrollo del presente documento, se tuvo en cuenta la experiencia y conocimientos de los miembros actuales del grupo de trabajo GEM-SEMES sobre Medicina Geriátrica de Urgencias de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) y, además, se realizó una revisión narrativa de la literatura científica, incluyendo documentos oficiales sobre aspectos relacionados con el cribado de fragilidad y la VGI en urgencias. Se elaboró un borrador inicial que se presentó y debatió en una primera reunión entre los miembros del grupo de trabajo respondiendo a 4 preguntas en un formulario electrónico compartido: ¿Recomienda un triaje dual en pacientes mayores de 70 años? ¿Qué herramienta de cribado de fragilidad prefiere? ¿Recomienda una VGI en pacientes de riesgo seleccionados? ¿La VGI que recomienda combina preguntas y test breves o es una herramienta concreta? En una segunda reunión se consensuó el borrador definitivo teniendo en cuenta las respuestas y comentarios. El manuscrito resultante fue revisado por 3 expertos externos: un experto en Medicina Geriátrica de Urgencias miembro de la SEMES y de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG), otro experto miembro de la *European Task Force for Geriatric Emergency Medicine* (geriEM), consenso entre las Sociedades europeas de Medicina Geriátrica (EUGMS) y de Urgencias (EUSEM), y otro experto en MUE de la SEMES.

Triaje dual. Tipología de pacientes mayores en urgencias

En la actualidad, en ausencia de una definición concreta, se puede considerar que un adulto es mayor al llegar a los 70 años, edad forzosa de jubilación, y muy mayor o anciano si supera los 85 años, esperanza de vida actual. Para evitar el edadismo, la edad no debería de ser el criterio utilizado para tipificar al paciente mayor, sino su estado de fragilidad, carga de enfermedad y nivel de dependencia.

La fragilidad es un estado clínico ligado al envejecimiento en el cual disminuyen las reservas fisiológicas y aumenta la debilidad o vulnerabilidad a presentar resultados adversos¹¹. Dos modelos definen la fragilidad, uno fenotípico y otro según acúmulo de deficiencias. El fenotipo de Fried define la fragilidad cuando están presentes al menos tres de cinco criterios (baja energía y resistencia, poca fuerza, lentitud en la marcha, baja actividad física y pérdida de peso involuntaria)¹². Es la herramienta de referencia, pero se han desarrollado otras más sencillas como la escala FRAIL¹³. Existen test de ejecución que analizan la marcha. Por su mayor sencillez y alta sensibilidad, se recomiendan el *Timed Up and GO* (TUG)¹⁴ o la velocidad de la marcha (VM)¹⁵. La *Short Physical Performance Battery* (SPPB) es más completa que las anteriores, pero más compleja¹⁶. Según este modelo, el paciente frágil es pre-discapacitado potencialmente reversible, en caso de presentar un deterioro funcional agudo. Por ello, algunas instituciones, proponen el cribado de fragilidad con la escala FRAIL en pacientes con

70 años o más, independiente o con dependencia leve para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)¹⁷.

Por otro lado, el modelo de Rockwood interpreta la fragilidad como un *continuum* de salud basado en el acúmulo de déficits recogidos en el *Frailty Index* (FI)¹⁸. Como alternativas más sencillas destacan el *Identification Senior at Risk* (ISAR)¹⁹ o *Triage Risk Screening Tool* (TRST)²⁰. La *Clinical Frailty Scale* (CFS) es una herramienta que clasifica al paciente mayor a lo largo de un espectro de vida que va desde el mayor sano, en forma o robusto, al que vive con fragilidad leve independiente para realizar las ABVD, dependiente con fragilidad moderada o grave en el final de la vida²¹. Recientemente se ha validado al castellano²². Cuantos más déficits acumule, mayor probabilidad de presentar resultados adversos (mortalidad, hospitalización, deterioro funcional y/o visita a urgencias) a corto y medio plazo. Según en este modelo, más que fragilidad en sentido estricto, se identifica al paciente mayor de riesgo que más se beneficia de una VGI^{11,18,21,22}.

Los sistemas de triaje estandarizados son las herramientas que el personal de enfermería utiliza en los SUH para asignar un nivel de prioridad según el riesgo vital o posible deterioro inminente teniendo en cuenta el motivo de consulta y diferentes discriminadores. En nuestro entorno se utilizan el Sistema Español de Triaje (SET) adoptado del Modelo Andorrano de Triaje (MAT) y el Sistema de Triaje de Manchester (STM). Ninguno de ellos ha sido lo suficientemente adaptados al paciente mayor. No incorporan ninguna de las herramientas de cribado de fragilidad mencionadas anteriormente que podrían servir de ayuda para anticiparnos a las necesidades del mayor en el SUH y al alta²³. En este contexto, se considera también un "triaje dual", cuando el cribado de fragilidad se realiza en la primera valoración clínica tras el triaje.

Es posible que exista una valoración previa realizada por atención primaria u otros niveles asistenciales, que le identifique como paciente de riesgo por ser frágil, dependiente, paciente crónico complejo (PCC) o paciente con cronicidad avanzada (PCA), lo cual debería ser visible fácilmente en el triaje y tenido en cuenta para facilitar este cribado. En cualquier caso, el paciente debe quedar identificado como paciente de riesgo en la "estación clínica de trabajo" o denominación similar de cada centro, como una información relevante para todos los profesionales que intervendrán en la asistencia.

Según lo anterior y en base a las respuestas de las dos primeras preguntas, desde GEM-SEMES, se propone por amplio consenso (94,4%) avanzar hacia un triaje geriátrico dual que clasifique al paciente mayor mediante la herramienta CFS²¹, teniendo en cuenta valoraciones previas, distinguiendo pacientes mayores sanos en forma o robustos (CFS 1-3), de pacientes mayores de riesgo con diferentes perfiles: mayores frágiles independientes para las ABVD (CFS 4-5), PCC y/o dependientes para las ABVD (CFS 6-7) y PCA en final de la vida (CFS 8-9) (Figura 1). El ISAR¹⁹, el TRST²⁰ o la escala 3D/3D+ desarrollada en nuestro entorno²⁴ podrían ser una alternativa al CFS.

1. **Muy en forma.**
Personas que están fuertes, activas, energéticas y motivadas. Suelen practicar ejercicio con regularidad. Son los que más en forma están para su edad.
2. **En forma (Bien de salud).**
No tiene síntomas de enfermedad activa, pero están menos en forma que los de la categoría 1. Suelen practicar ejercicio o son muy activas de forma esporádica. Por ej, según la estación del año.
3. **En buen estado.**
Tiene problemas médicos bien controlados, pero no realiza actividad física de forma regular, más allá de los paseos habituales.
4. **Vulnerable, fragilidad muy leve.**
No dependen de otras personas para las actividades de la vida diaria, pero tienen síntomas que limitan algunas actividades. Suelen quejarse de "ser lento" y/o estar cansado durante el día.
5. **Fragilidad leve.**
Enlentecimiento mayor, necesita ayuda en las actividades instrumentales de la vida diaria (economía, transporte, tareas domésticas, medicación) y en salir solos fuera de casa. Demencia leve.
6. **Fragilidad moderada.**
Necesita ayuda en todas actividades realizadas fuera de casa y en casa, necesitan ayuda para las tareas domésticas, bañarse y asistencia mínima para vestirse. Demencia moderada.
7. **Fragilidad grave.**
Completamente dependiente para el cuidado personal por cualquier causa (física o cognitiva). Aún así, parece estable y sin gran riesgo de morir dentro de los próximos 6 meses. Demencia grave.
8. **Fragilidad muy grave.**
Totalmente dependiente para todas las actividades de la vida diaria, próximos al final de la vida. En general, no podrían recuperarse de una enfermedad leve.
9. **Enfermo terminal.**
Llegando al final de la vida, esperanza de vida menor a 6 meses, con o sin fragilidad evidente.

ROBUSTO	Frágil: Escala FRAIL ≥ 3 TUG > 10s VM > 0,8m/s
FRÁGIL	
DEPENDIENTE Actividades básicas de la vida diaria	Paciente crónico complejo (PCC)
FINAL DE LA VIDA	Cronicidad avanzada (PCA)

Figura 1. Cribado de Fragilidad. Tipología de pacientes mayores en urgencias.

– Escala FRAIL (0-5): ¿Se siente fatigado o cansado? ¿Se siente incapaz de subir un piso con escaleras? ¿Se le dificultaría caminar una manzana completa? ¿Tiene más de 5 enfermedades actualmente? ¿Ha perdido más del 5% de peso en los últimos 6 meses?

– TUG (Timed Up and Go) (tiempo en segundos, s): Levantarse de una silla, caminar 3 m de ida y otros 3 m de vuelta y volver a sentarse.

– VM (Velocidad de la marcha) (metros/segundo, m/s): caminar 5 m.

Valoración geriátrica en urgencias

La VGI es una herramienta diagnóstica multidimensional e interdisciplinar que permite identificar una serie de problemas clínicos, funcionales, mentales y sociales que habitualmente no se tienen cuenta, y sobre los que se puede intervenir con la intención de mejorar los resultados, que aún no se ha adaptado ni universalizado en urgencias⁶.

Hasta la fecha se han combinado preguntas y test diagnósticos multidominio^{25,26} que evalúan las "5M"²⁷:

- Problema Médico y comorbilidad.
- Medicamentos y Malnutrición.
- Movilidad y dependencia.
- Mental.
- Mis expectativas y apoyos.

Según lo anterior y las respuestas a las dos últimas preguntas, desde GEM-SEMES, se recomienda por unanimidad (100%) una valoración geriátrica en pacientes seleccionados de riesgo (CFS ≥ 4) y por mayoría (72,2%), mediante la combinación de preguntas y test breves en lugar de una herramienta concreta alternativa como el cuestionario de Edmonton²⁸ o la escala Frágil-VIG²⁹.

VGI mediante las "5 M"

Valoración clínica

Consiste en realizar una historia clínica detallada que afine el motivo de consulta reconociendo síntomas atípicos y síndromes geriátricos como la inestabilidad y caídas, úl-

ceras o incontinencia de esfínteres entre otros. Además, es preciso realizar un manejo adecuado del dolor, incluyendo escalas que evalúen la comunicación no verbal³⁰. Entre los antecedentes personales se recomienda revisar atenciones previas e identificar la comorbilidad actual, teniendo en cuenta herramientas como el índice de Charlson o la escala CIRS-G (Cumulative Illness Rating Scale-Geriatric)³¹. Si no se realizó antes, se distingue al PCC con múltiples patologías crónicas o alguna suficientemente grave que conlleva una alta necesidad y consumo de recursos del PCA (MACA, *Malaltia Crònica Avançada*), que además tiene una alta probabilidad de fallecer en los próximos 6-12 meses, según la herramienta NECPAL³², índice PROFUND o PALIAR³³ y 6M-UCE score³⁴ o CFS ≥ 8 ³⁵ (Figura 2).

Valoración farmacológica y nutricional

La revisión de la medicación debe incluir una conciliación adecuada tanto al ingreso como al alta del SUH, la identificación de problemas de salud relacionados con la medicación que puedan ser motivo de consulta, y la adaptación del tratamiento crónico a la condición de fragilidad del paciente. Para ello, se aplican herramientas como los criterios Less-Chron, STOPP-START o STOPP-Frail, además de diagnósticos que sugieran problemas relacionados con la medicación³⁶⁻³⁸. En un consenso reciente (GEMS-Rx) se consideraron fármacos potencialmente inapropiados (FPI) los que poseen actividad anticolinérgica, entre otros³⁹. Por último, se recomienda valorar si el paciente mayor necesita una dieta modificada por disfagia, alergias o intolerancias alimentarias en el SUH y al alta, así como un cribado de

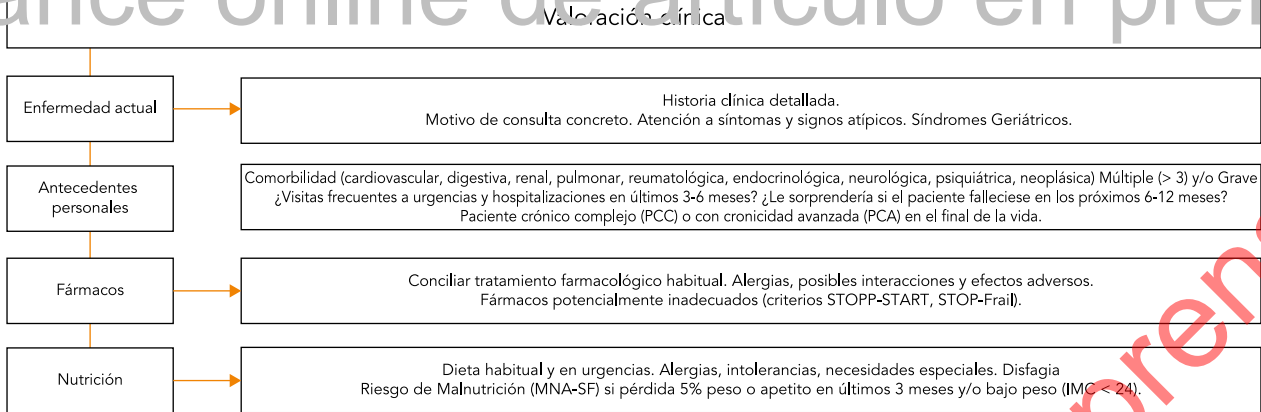


Figura 2. Valoración clínica, farmacológica y nutricional.

malnutrición según la versión abreviada del *Mini Nutritional Assessment (SF-MNA)*⁴⁰ (Figura 2).

Valoración funcional

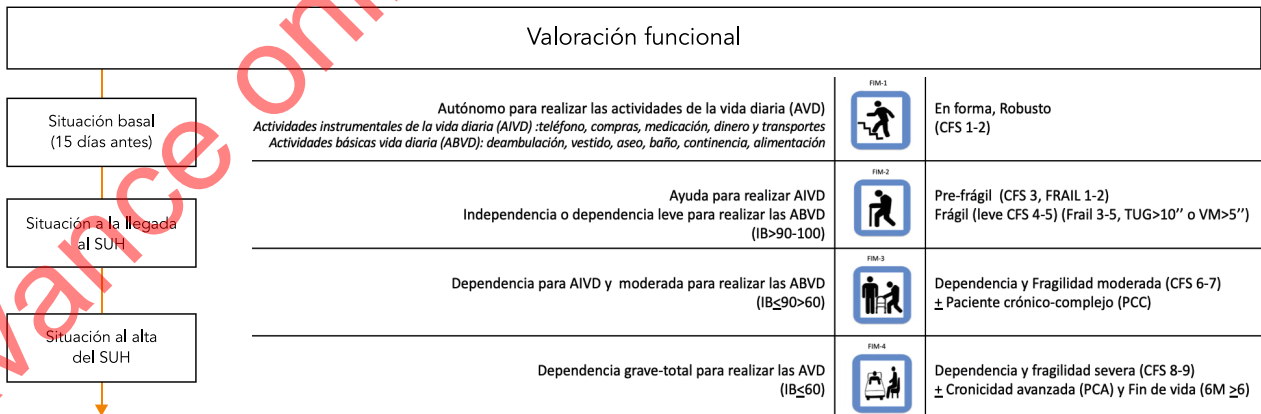
Se valora el nivel de dependencia basal (15 días antes de la enfermedad actual) para realizar las actividades básicas (ABVD) e instrumentales (AIVD). El índice de Lawton & Brody (ILB) incluye el manejo del teléfono, compras, medicación, dinero y transportes entre las AIVD sin diferencia de género⁴¹. Y el índice de Barthel (IB), la deambulación, el vestido, aseo, baño, continencia y alimentación entre las ABVD⁴². El *Functional Index eEmergency (FIM)* distingue en cuatro figuras al paciente independiente, con dependencia leve, moderada o grave-total, con buena correlación con el IB. También con el ISAR y el CFS como cribado de fragilidad⁴³. En pacientes independientes o con dependencia leve para las ABVD (IB ≥ 90) se recomienda evaluar la fragilidad¹³⁻¹⁶ y en el resto de pacientes, identificar al PCC y al PCA en el final de la vida. Además, se recomienda reconocer el deterioro funcional agudo, entendido como una mayor dependencia para las ABVD a raíz de la enfermedad actual en el SUH respecto a la situación basal (Figura 3).

Valoración mental

Es una valoración principalmente "3D" sobre el Delirium, la Demencia y la Depresión. En primer lugar, se revisa la historia previa de demencia (leve-moderada o grave), depresión y otros trastornos crónicos como la ansiedad o el insomnio. En el SUH, se ha identificado al paciente con delirium (hiperactivo, hipoactivo o mixto) mediante herramientas como el *Confusional Assessment Method (CAAM)* o *Delirium Triage Screen + Brief CAAM*⁴⁴. En la actualidad se prefiere al 4AT como cribado de delirium y de deterioro cognitivo⁴⁵. Y como cribado de depresión, en ausencia de antecedente, se recomienda la versión abreviada de *Yesavage*⁴⁶ (Figura 4).

Valoración social

Por último, se incluye una valoración sobre la situación socio-familiar del paciente y el apoyo que recibe de la red social. En ausencia de una herramienta estandarizada se recomienda tener en cuenta la versión abreviada de la escala de Gijón⁴⁷. Se debe revisar la historia social, situación económica y registrar si tiene solicitado o reconocido el grado de discapacidad o dependencia (I: moderada, II: se-



I. Barthel: Traslado silla-cama (0-5-10-15), Deambular (0-5-10-15), escaleras (0-5-10), vestirse (0-5-10), retrete (9-5-10), aseo (0-5), ducha (0-5), control heces (0-5-10), control orina (0-5-10), alimentación (0-5-10).
Escala Frail: se siente fatigado o cansado (0-1), incapaz subir escaleras (0-1), le cuesta caminar una manzana (0-1), ha perdido > 5% peso en 6 meses (0-1), tiene > 5 enfermedades actualmente (0-1).
Test *Timed Up and Go (TUG)*: levantarse de una silla, caminar 3 metros de ida y vuelta, volver a sentarse. Velocidad de la marcha (VM): camina en llano 4 metros.
6M-uice score: > 85 años (1), varón (1), Pérdida de apetito o peso últimos 3 meses (1), Delirium actual (2), Dependencia (I. Barthel < 90) al ingreso (2), úlceras por presión (2).

Figura 3. Valoración funcional.

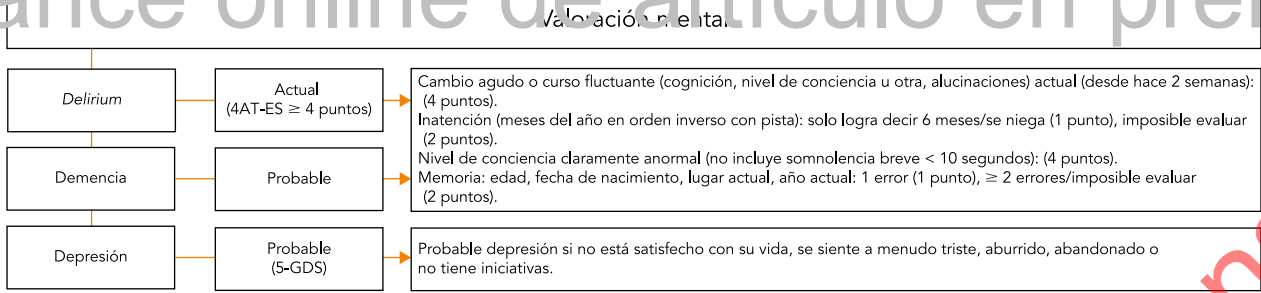


Figura 4. Valoración mental.

vera, III: gran dependencia). Además, se recomienda el cribado de malos tratos según la herramienta EASI (El Índice de Sospecha de Maltrato hacia personas mayores) o cuestionario de la AMA (American Medical Association)⁴⁸, sobre todo en mayores vulnerables (Figura 5).

En resumen, desde GEM-SEMES se recomienda un cribado de fragilidad a la llegada del paciente mayor al SUH que reconozca diferentes perfiles de mayores (Figura 1) y una VGI en pacientes de riesgo que incluya una valoración clínica (enfermedad actual, comorbilidad), farmacológica y nutricional, funcional (dependencia basal, deterioro funcional agudo), mental (delirium, demencia y depresión) y social (situación de riesgo) que debería reflejarse en la historia clínica del paciente mayor en el SUH (Figuras 2-5).

Intervención en urgencias. Plan de cuidados

Los SUH deben adaptarse al paciente mayor y no viceversa. Se han descrito una serie de cambios estructurales y funcionales en los SUH con la intención de optimizar la atención del paciente mayor y elaborar un plan de cuidados que mejoren los resultados:

Triaje dual. Además de identificar la necesidad de una atención más o menos prioritaria, permite clasificar al paciente mayor en grupos de riesgo y anticiparnos a sus necesidades.

Plan de cuidados individualizado. Al paciente mayor sano-robusto se le recomienda continuar realizando dieta equilibrada y actividad física de manera regular para asegurar un envejecimiento saludable y seguimiento en atención primaria. Al resto de pacientes mayores de riesgo, según la VGI se recomienda lo siguiente:

– En el paciente frágil se atiende a los problemas médicos correctamente identificados, se optimiza el trata-

miento, incluyendo fármacos recomendados³⁷ y la dieta para evitar la malnutrición y sarcopenia⁴⁹. Además, se recomienda prevenir las caídas y, en caso de deterioro funcional, se facilita una rehabilitación precoz. A nivel mental, es posible identificar un probable deterioro cognitivo o depresión no filiado que requieran ser estudiados y tratados al alta, y a nivel social es el momento de valorar algún recurso como la teleasistencia.

– En el Paciente Dependiente-PCC sería adecuado intervenir sobre las agudizaciones de enfermedades crónicas y comorbilidades, corregir errores de conciliación y valorar la deprescripción de FPI entre la polifarmacia⁵⁰, modificar la dieta si existe disfagia y valorar la necesidad de suplementos nutricionales, reconocer la situación de dependencia y cubrir sus necesidades en el SUH, manejo adecuado del delirium especialmente en pacientes con demencia y optimizar las ayudas sociales (a domicilio, centro de día o valorar necesidad de institucionalización).

– En el PCA, se recomienda además priorizar el confort, evitar medidas intensivas y tener en cuenta o planificar decisiones anticipadas para gestionar las crisis de manera conjunta⁵¹. En esta línea de intervención, existen modelos similares que establecen cuatro niveles de adecuación y asignación diagnóstica e intensidad terapéutica (MADIT)⁵².

Adecuación del entorno del SUH. El entorno será más amable para el mayor si cuenta con sillones y camas articuladas con adecuada luz, temperatura y orientación, suelo antideslizante y baño adaptado. Además, se debería de disponer de habitación individual en ausencia de cama hospitalaria disponible para pacientes en situación de final de vida inminente.

Dinámicas de humanización. Reconocer los beneficios y fomentar el permiso regulado de acompañamiento del

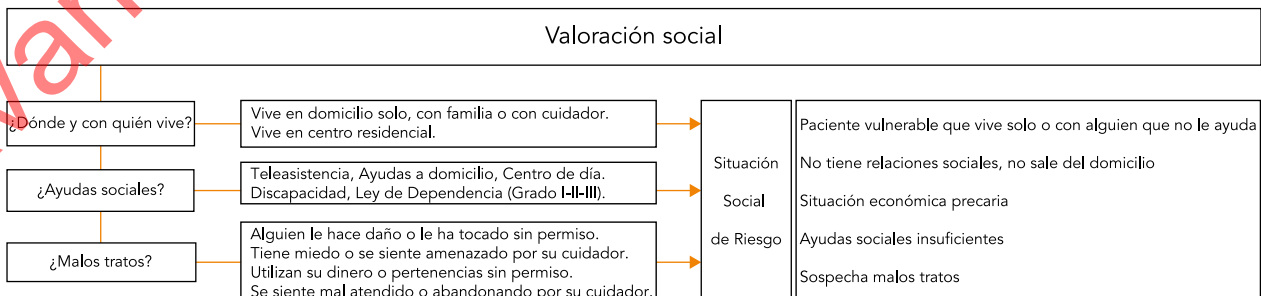


Figura 5. Valoración social.

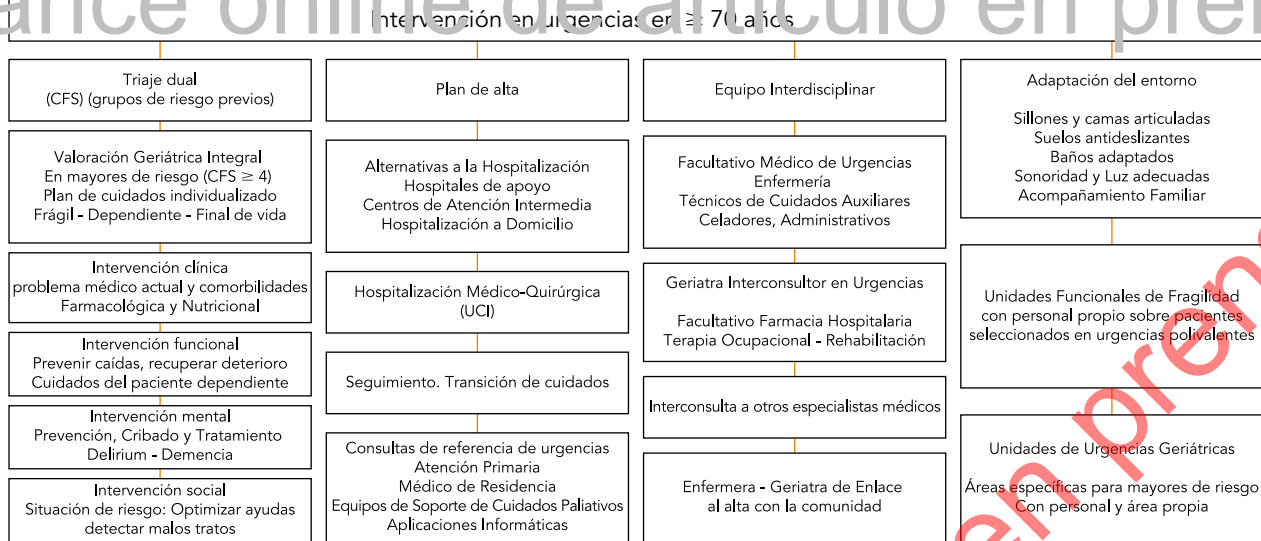


Figura 6. Medidas de intervención.

paciente mayor por sus familiares o cuidadores.

Equipo interdisciplinar en el SUH. Debe incluir un con reparto de roles y liderazgo claramente definidos. La incorporación de un farmacéutico especialista permite optimizar el tratamiento⁵³. La inclusión de un médico geriatría integrado en los SUH o como consultor ha demostrado mejorar los resultados⁵⁴.

Unidades funcionales de fragilidad. Cuentan con personal en el SUH encargado de centrarse en la atención de pacientes mayores de riesgo identificados en diferentes áreas polivalentes del SUH, habitualmente de observación o corta estancia⁵⁵.

Unidades estructurales específicas, para pacientes mayores. De igual manera que existen SUH pediátricos, desde hace años, sobre todo en países anglosajones, existen experiencias exitosas de implantación de unidades específicas para mayores frágiles o de riesgo^{56,57}.

Transición de cuidados. Alternativas a la hospitalización convencional. En nuestro sistema sanitario existen distintos dispositivos, como los hospitales de apoyo o de atención intermedia, la hospitalización a domicilio o en residencia, que deben tenerse en cuenta reservando la hospitalización para mayores de riesgo en los que no se disponga de alternativa adecuada. Tanto la intervención de

enfermería⁵⁸ y geriatría de enlace⁵⁹ como la utilización de aplicaciones electrónicas, mejoran la continuidad asistencial, la comunicación con el paciente y han permitido intervenir de manera precoz al alta ante posibles complicaciones o mala evolución⁶⁰.

Programas de formación continuada. Enfocados a actualizar la atención de la persona mayor, específicos para los SUH, que incluyan las necesidades de estos pacientes y la manera adecuada de trabajar con ellos. Enfocados además al trabajo multidisciplinar⁶¹.

Servicios de urgencias acreditados. Valorar la necesidad y medir los resultados de ser incluidos en el Programa GEDA (*Geriatric Emergency Department Accreditation*) o similar como reconocimiento al compromiso del centro con la mejora de la atención a las personas mayores en el SUH.

En conclusión, desde GEM-SEMES presentamos una serie de recomendaciones sobre cómo realizar un cribado de fragilidad a la llegada al SUH, una VGI e intervención en pacientes de riesgo con diferentes perfiles que en cada SUH, podrían adaptarse según los recursos técnicos y humanos disponibles poniendo al paciente mayor en el centro de la atención de urgencias.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

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

Financiación: Los autores declaran no tener financiación en relación con el presente artículo.

Responsabilidades éticas: Todos los autores han confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes, acuerdo de publicación y cesión de derechos de los datos a la Revista Española de Urgencias y Emergencias.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares.

ADENDA

Colaboradores GEM-SEMES: Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés. Madrid: Torres Gárate, Raquel. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda: Vivanco Horcajada, Cristina. Servicio de Urgencias, Hospital de Sant Pau de Barcelona: Lozano Polo, Laura. Herrero Mateo, Sergio. Ruíz Ramos, Jesús. Bargas Jurado, Rosa M^a. Vila Cañelles, Olga. Servicio de Urgencias, Hospital Universitario de Burgos: López López, Karla. Fernández Rodríguez, Elisa. De Oliveira, Mònika. Hospital Universitario de la Princesa, Madrid: Aguilar Mulet, J Mariano. Del Rey Ubago, Ana. Venegas de

L'Hotellerie, M^a José. Servicio de Urgencias, Hospital Clinic de Barcelona: García Martínez, Ana. Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid: Bibiano Guillén, Carlos. Gimeno Galindo, Carmen. López Lavalle, Sonia. Hospital Clínico San Carlos, Madrid: Fernández Ruíz-Morón, Ana. Servicio de Urgencias, Hospital Universitari de Vall d'Hebron, Barcelona: Arranz Betegón, María. Servicio de Urgencias, Hospital Universitario del Henares en Coslada, Madrid: Domínguez Gioya, Gema. Servicio de Urgencias, Hospital Universitario de Getafe: Ruíz Polaina, Manuel Jesús. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada: Guerrero Ruíz, Teresa Isabel. Lupañez Seoane, Patricia. Servicio de Urgencias, Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares: Roiz Andino, Honan.

1. Miró O, Jacob J, García-Lamberechts EJ, Piñera Salmerón P, Llorens P, Jiménez S, et al. Características sociodemográficas, funcionales y consumo de recursos de la población mayor atendida en los servicios de urgencias españolas: una aproximación desde la cohorte EDEN. *Emergencias*. 2022;34:418-27.
2. González Del Castillo J, Jacob J, García-Lamberechts EJ, Piñera Salmerón P, Alquézar-Arbé A, Llorens P, et al. Sociodemografía, comorbilidad y situación funcional basal de los pacientes mayores atendidos en urgencias durante la pandemia de COVID y su relación con la mortalidad: análisis a partir de la cohorte EDEN-Covid. *Emergencias*. 2022;34:428-36.
3. Puig-Campmany M, Ris Romeu J. El anciano frágil en urgencias: principales retos. *Emergencias*. 2022;34:415-7.
4. Conroy S, Nickel CH, Jónsdóttir AB, Fernandez M, Banerjee J, Mooijaart S, et al. The development of a European curriculum in Geriatric Emergency Medicine. *Eur Geriatr Med*. 2016;7:315-21.
5. Martín Sánchez FJ, Fernández Alonso G, Gil Gregorio P. Puntos clave en la asistencia al anciano frágil en Urgencias. *Med Clin*. 2013;140:24-9.
6. Puig M, Blázquez M, Ris J. Aprender, desaprender y reaprender para asistir a ancianos en urgencias: el secreto del cambio. *Emergencias*. 2020;32:122-30.
7. Rubenstein LZ. Geriatric assessment: an overview of its impacts. *Clin Geriatr Med*. 1987;3:1-15.
8. Puig Campmany M, Ris Romeu J, Benito Vales S. Nuevas herramientas frente a la saturación en los servicios de urgencias hospitalarios: gestión de la estancia, toma de decisiones y flexibilidad operativa. *Emergencias*. 2015;27:424-5.
9. Moloney E, O'Donovan MR, Carpenter CR, Salvi F, Dent E, Mooijaart S, et al. Core requirements of frailty screening in the emergency department: an international Delphi consensus study. *Age Ageing*. 2024;53:afae013.
10. Amblàs-Novellas J, Contel JC, Gutiérrez Jiménez N, Barbata C, Santaegüenia S, Grupo VIG-Express. VIG-Express: Consenso de un sistema de valoración multidimensional/geriátrica rápida en Cataluña. *Aten Primaria*. 2021;53:101993.
11. Kim DH, Rockwood K. Frailty in Older Adults. *N Engl J Med*. 2024;391:538-48.
12. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56:146-56.
13. Thompson MQ, Theou O, Tucker GR, Adams RJ, Visvanathan R. FRAIL scale: Predictive validity and diagnostic test accuracy. *Australas J Ageing*. 2020;39:e529-e536.
14. Podsiadlo D, Richardson S. The Time "Up & Go": A Test of Basic Functional Mobility for Frail Elderly Persons. *JAGS*. 1991;39:142148.
15. Turner G, Clegg A; British Geriatrics Society; Age UK; Royal College of General Practitioners. Best practice guidelines for the management of frailty: a British Geriatrics Society, Age UK and Royal College of General Practitioners report. *Age Ageing*. 2014;43:744-7.
16. Pavašini R, Guralnik J, Brown JC, di Bari M, Cesari M, Landi F, et al. Short Physical Performance Battery and all-cause mortality: systematic review and meta-analysis. *BMC Med*. 2016;14:215.
17. Plan de atención integral a la fragilidad y promoción de la longevidad saludable en personas mayores de la Comunidad de Madrid 2022-2025. D.G. de Coordinación Socio-Sanitaria, Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2022.
18. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan LR, McDowell I, et al. A clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*. 2005;173:489-95.
19. Fernández Alonso C, González Armengol JJ, Perdigones J, Fuentes Ferrer ME, González Del Castillo J, Martín-Sánchez FJ. La utilidad de la escala Identification of Seniors at Risk (ISAR) para predecir los eventos adversos a corto plazo en los pacientes ancianos dados de alta desde una unidad de corta estancia. *Emergencias*. 2015;27:181-4.
20. Salvi F, Morichi V, Lorenzetti B, Rossi L, Spazzafumo L, Luzzi R, et al. Risk stratification of older patients in the emergency department: comparison between the Identification of Seniors at Risk and Triage Risk Screening Tool. *Rejuvenation Res*. 2012;15:288-94.
21. Church S, Rogers E, Rockwood K, Theou O. A scoping review of the Clinical Frailty Scale. *BMC Geriatr*. 2020;20:393.
22. Arias-Rivera S, Sánchez-Sánchez MM, Romero de-San-Pío E, Santana-Padilla GS, 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. *Enfermería Intensiva*. 2024;35:79-88.
23. Aguiló Mir S. Identificar al paciente frágil en un servicio de urgencias: un esfuerzo urgente y necesario. *Emergencias*. 2023;35:165-6.
24. García-Pérez D, Robles-Perea L, Vena-Martínez A, Arnau A, Robles-Bernabeu G, Españuela-Panicot J. Las 3D/3D+ como herramienta de valoración geriátrica rápida y de adecuación del recurso asistencial al alta de los Servicios de Urgencias. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2022;57:212-9.
25. Fernández Alonso C, Martín-Sánchez FJ. Geriatric assessment in frail older patients in the emergency department. *Rev Clin Gerontol*. 2013;23:275-82.
26. Puig M, Ris J, Blázquez M, Benito S. Development of a comprehensive, multidisciplinary program of care for frailty in an emergency department. *Eur Geriatr Med*. 2019;10:37-46.
27. 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*. 2022;13:309-17.
28. Rolison DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age Ageing*. 2006;35:526-9.
29. Amblàs-Novellas J, Martori JC, Molist Brunet N, Oller R, Gómez-Batiste X, Españuela Panicot J. Índice frágil-VIG: diseño y evaluación de un índice de fragilidad basado en la Valoración Integral Geriátrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2017;52:11-27.
30. Elder NM, Heavey SF, Tyler KR. Emergency Department Pain Management in the Older Adult. *Clin Geriatr Med*. 2023;39:619-34.
31. Beloesky Y, Weiss A, Mansur N. Validity of the Medication-based Disease Burden Index compared with the Charlson Comorbidity Index and the Cumulative Illness Rating Scale for geriatrics: a cohort study. *Drugs Aging*. 2011;28:1007-14.
32. Gual N, Yuste Font A, Enfedaque Montes B, Blay Pueyo C, Martín Álvarez R, Inzitari M. Perfil y evolución de pacientes crónicos complejos en una unidad de subagudos [Profile and evolution of chronic complex patients in a subacute unit]. *Aten Primaria*. 2017;49:510-7.
33. Díez-Manglano J, Gómez-Aguirre N, Velilla-Marco J, Lambán Aranda MP, de Escalante Yangüela B, Fuentes Ruiz D, et al. Comparación de los índices PROFUND y PALIAR en pacientes pluripatológicos con enfermedad crónica no neurológica en fase de alta. *Aten Primaria (Barc)*. 2019;53:96-201.
34. Martín-Sánchez FJ, Perdigones J, Ferré Losa C, Llopis F, Navarro Bustos C, Borraz Ordas C, et al. Modelo de riesgo de mortalidad a 180 días en los pacientes ancianos ingresados en unidades de corta estancia: 6M UCE-SCORE. *Emergencias*. 2018;30:315-20.
35. Dewhurst F, Stow D, Paes P, Frew K, Hanratty B. Clinical frailty and performance scale translation in palliative care: scoping review. *BMJ Support Palliat Care*. Published online June 1 2022. doi:10.1136/bmjspcare-2022-003658
36. Lavan AH, Gallagher P, Parsons C, O'Mahony D. STOPPFrail (Screening Tool of Older Persons Prescriptions in Frail adults with limited life expectancy): consensus validation. *Age Ageing*. 2017;46:600-7.
37. Rodríguez-Pérez A, Alfaro-Lara ER, Albiñana-Pérez S, Nieto-Martín MD, Díez-Manglano J, Pérez-Guerrero C, Santos-Ramos B. Novel tool for deprescribing in chronic patients with multimorbidity: List of Evidence-Based Deprescribing for Chronic Patients criteria. *Geriatr Gerontol Int*. 2017;17:2200-7.
38. O'Mahony D, Cherubini A, Guiteras AR, Denkiner M, Beuscart JB, Onder G, et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3. *Eur Geriatr Med*. 2023;14:633.
39. Skains RM, Koehl JL, Aldeen A, Carpenter CR, Gettel CJ, Goldberg EM, et al. Geriatric Emergency Medication Safety Recommendations (GEMS-Rx): Modified Delphi Development of a High-Risk Prescription List for Older Emergency Department Patients. *Ann Emerg Med*. 2024;84:274-84.
40. Rubenstein LZ, Harker JO, Salvà A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for undernutrition in geriatric practice: developing the short-form mini-nutritional assessment (MNA-SF). *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56:M366-M372.
41. Wei L, Hodgson C. Clinimetrics: The Lawton-Brody Instrumental Activities of Daily Living Scale. *J Physiother*. 2023;69:57.
42. Ferré C, Llopis F, Martín Sánchez FJ, Cabello I, Albert A, García-Lamberechts EJ, et al. The utility of Barthel index as an outcome predictor in older patients with acute infection attending the emergency department. *Australas Emerg Care*. 2022;25:316-20.
43. Fernández Alonso C, Del Arco Galán C, Torres Garate R, Madrigal Valdés , Romero Pareja R, Bibiano Guillén C, et al. Rendimiento de tres escalas de fragilidad para predecir resultados adversos a 30 días en los pacientes mayores dados de alta en los servicios de urgencias. *Emergencias*. 2023;35:195-204.
44. Hasemann W, Grossmann FF, Stadler R, Bingisser R, Breill D, Hafner M, et al. Screening and detection of delirium in older ED patients: performance of the modified Confusion Assessment Method for the Emergency Department (mCAM-ED). A two-step tool. *Intern Emerg Med*. 2018;13:915-22.
45. Delgado-Parada E, Morillo-Cuadrado D, Saiz-Ruiz J, Cebollada-Gracia A, Ayuso-Matelos JL, Cruz-Jentoft AJ. Diagnostic accuracy of the Spanish version of the 4AT scale (4AT-ES) for delirium screening in older inpatients. *Eur J Psychiatry*. 2022;36:182-90.
46. Bugallo-Carrera C, Dosal-Díaz C, Pereiro AX, Anido-Rifón L, Pacheco-Lorenzo M, Fernández-Iglesias MJ, et al. Assessment of validity and comparison of two Spanish versions of the Geriatric Depression Scale. *Front Psychol*. 2023;14:1101886.
47. Miralles R, Sabartés O, Ferrer M, Esperanza A, Llorach I, García-Palleiro P, Cervera AM. Development and validation of an instrument to predict probability of home discharge from a Geriatric Convalescence Unit in Spain. *J Am Geriatr Soc*. 2003;51: 252-7.

48. Fernández Alonso C, Lázaro de la Oja M. Cómo detectar malos ratos. FMC. 2016;23:459-62.
49. Beudart C, McCloskey E, Bruyère O, Cesari M, Rolland Y, Rizzoli R, et al. Sarcopenia in daily practice: assessment and management. *BMC Geriatr*. 2016;16:170.
50. Zhou D, Chen Z, Tian F. Deprescribing Interventions for Older Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis [published correction appears in *J Am Med Dir Assoc*. 2024;25:105305. *J Am Med Dir Assoc*. 2023;24:1718-25.
51. Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens JA, Van der Heide A. The effects of advance care planning on end-of-life care: a systematic review. *Palliat Med*. 2014;28:1000-25.
52. Alvarado C, Carré N, García MJ, Duaso E. Modelo de Asignación Diagnóstica y Terapéutica: «MADiT». *Aten Primaria*. 2022;54:102300.
53. Jay S, Whittaker P, McIntosh J, Hadden N. Can consultant geriatrician led comprehensive geriatric assessment in the emergency department reduce hospital admission rates? A systematic review. *Age Ageing*. 2017;46:366-72.
54. Ruiz Ramos J, Calderón Hernanz B, Castellanos Clerehugh, Bonate Sánchez M, Valliv Alcorn E, Santolaya Perin MR, et al. Atención farmacéutica en los servicios de urgencias: documento de posicionamiento de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) y la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). *Emergencias*. 2023;35:205-17.
55. Conroy SP, Ansari K, Williams M, Laithwaite E, Teasdale B, Dawson J, et al. A controlled evaluation of comprehensive geriatric assessment in the emergency department: the "Emergency Frailty Unit." *Age Ageing*. 2014;43:109-14.
56. Melady D, Schumacher JG. Developing a Geriatric Emergency Department: People, Processes, and Place. *Clin Geriatr Med*. 2023;39:647-58.
57. Bermejo Boixareu C, Saavedra Quirós V, Gutiérrez Parrés B, Núñez González A, Gómez Rodrigo J. Reducción de costes mediante un programa de coordinación entre médicos de Urgencias y médicos de residencias. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2017;52:295-6.
58. Fernández Alonso C, Fuentes Ferrer ME, Jiménez Sarrate N I, Fernández Hernández L de J, Cruz García M, González de Castilla J, et al. Intervención multidimensional que mejora el pronóstico a corto plazo entre los ancianos frágiles dados de alta desde una unidad de corta estancia: estudio cuasiexperimental. *Rev Clin Esp*. 2018;4:163-9.
59. Menéndez-Colino R, Argentina F, Merello de Miguel A, Barcons Marqués M, Chaparro Jiménez B, Figueroa Poblete C, et al. La Geriátria de Enlace con residencias en la época de la COVID-19. Un nuevo modelo de coordinación que ha llegado para quedarse. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2021;56:157-65.
60. González Armengol JJ, Carricondo F, Mingo-rance C, Gil-Loyzaga P. Telemedicina aplicada a la atención sanitaria urgente: aspectos metodológicos y prácticos. *Emergencias*. 2009;21:287-94.
61. Medina Ortega JA, Rivas Jáuregui I, Urrutia Beaskoa A, Álvarez-Rodríguez E. Uso de sujeciones físicas en ancianos atendidos en un servicio de urgencias hospitalarias. *Rev Esp Urg Emerg*. 2023;2:24-9.