

Avance online de artículo en prensa

El adulto mayor en urgencias: el reto continúa

The elderly in the emergency room: the challenge continues

Magali González-Colaço Harmand^{1,2}

En este número de Rev Esp Urg Emerg, Fernández Alonso *et al.* abordan un tema espinoso: la atención del adulto mayor en urgencias¹. Digámoslo claro, es un toro que nadie sabe muy bien como torear, a pesar de que no es ni nuevo ni sorprendente. A nivel epidemiológico, en España más del 55% de las urgencias de adultos son atenciones a mayores de 65 años² y los ancianos copan el 25% de las atenciones en urgencias europeas³. Eso sin contar las urgencias en los Centros de Salud y los Centros de Atención Continuada (al menos en España) o en los domicilios⁴. Y la cuenta sigue subiendo, gracias a los fenómenos de envejecimiento poblacional a los que asistimos, y que se acompañan de la correspondiente pluripatología, polifarmacia y de los síndromes geriátricos que llevan al anciano a acabar en urgencias⁵.

Además de ineludible, el problema viene de lejos. Desde que empecé mi etapa como residente de geriatría hace 23 años, siempre ha habido ancianos en urgencias, muchos, y tengo la impresión de que su abordaje real no ha cambiado demasiado en las últimas décadas. Generalizando, el ambiente suele ser hostil e inadecuado para ellos: ausencia de sitio para los acompañantes, falta de referencias que les permitan orientarse en tiempo y espacio, estímulos visuales y auditivos continuos que impiden el descanso, y un encamamiento muchas veces innecesario^{6,7}. Y, además, un personal sobrecargado que no puede atender de forma adecuada las necesidades de cuidado, y que tiende a malinterpretar las formas de comunicación propias de gente que ya no puede hacerlo normalmente (y que acaban en neurolépticos y sedantes a las 3 de la mañana)^{8,9}.

Es cierto que se ha avanzado en los intentos de mejorar el aspecto clínico de la atención al anciano en urgencias, y diferentes estudios dan fe de este aspecto: desde cómo establecer criterios de fragilidad útiles en urgencias para establecer los planes terapéuticos¹⁰⁻¹² hasta cómo abordar de forma integral al anciano que llega a urgencias^{13,14}. En particular, la utilización de la herramienta por excelencia de la geriatría, la Valoración Geriátrica

Integral (VGI), ya ha demostrado ser útil^{15,16}. Pero gracias al artículo de Fernández Alonso *et al.*, en representación del Grupo de Trabajo sobre Medicina Geriátrica de Urgencias de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (GEM-SEMÉS)¹, ahora queda muy claro lo que hay que hacer y cómo.

Sin embargo, al leerlo, me surge una inquietud: ¿cómo vamos a convencer a los futuros especialistas de urgencias de que pasen las escalas propuestas? Parecen muchas, y complejas, y probablemente desconocidas en gran medida, fuera del ámbito de la geriatría. Una vez más, se nos puede tildar de "escalólogos" (todos hemos oído este término o similares para referirse a lo que hacemos los geriatras, ¿verdad?). ¿Cómo le explicamos a un futuro urgenciólogo, que lejos de la acción trepidante que se le presupone a su especialidad, tiene que pasarse un ratito conociendo bien al anciano que tiene delante?¹⁷ Y eso en muchas ocasiones desgastándose la voz porque los audífonos se quedaron en la ambulancia, o tratando de reconstruir la historia clínica con familias poco implicadas y pacientes desorientados o demenciados. O al revés, cuando una anciana que parecía adorable nos echa la bronca de nuestra vida porque no le hemos preguntado ¡a ella!

Solo hay una respuesta a esto: formación^{18,19}. En el artículo se nombra¹, pero quiero insistir en que para mí es lo más importante. Da igual las bases teóricas que sentemos, que si no enseñamos porqué hacemos lo que hacemos, y que además de factible es absolutamente necesario, no vamos a avanzar. No se pasan escalas porque nos encante cotillar si es la hija mayor la que hace la comida (muchas veces nos miran suspicaces cuando preguntamos estas cosas), sino porque es la única manera de identificar patrones en la inmensa diversidad de la vejez. Y con esos patrones, establecer guías de actuación con relativas garantías de resultado como, por ejemplo: ¿cuál es el techo terapéutico para el paciente totalmente dependiente en situación de terminalidad?, ¿quién debe ingresar al anciano robusto con una patología infecciosa grave?, ¿qué interconsultas son útiles para el

Filiación de los autores:

¹Departamento de Medicina Interna-Geriatría, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España. ²Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Europea de Canarias, La Orotava, España.

Correspondencia:

Magali González-Colaço Harmand.
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.
Ctra. Del Rosario, 145.
38010 Santa Cruz de Tenerife, España.

E-mail:

magaligh@hotmail.com

Información del artículo:

Recibido: 20-4-2025.
Aceptado: 21-4-2025.
Online: 24-4-2025.

Editor responsable:

Guillermo Burillo-Putze.

DOI:

Xxxx Xxxxx.

frágil que tiene que evitar a toda costa el deterioro funcional intrahospitalario?

Cuando digo varón de 47 años con antecedentes de hipertensión arterial y obesidad, que ingresa por un dolor precordial de 45 minutos de duración con cortejo vegetativo, todos tenemos una foto en la cabeza. Pero cuando digo mujer de 85 años hipertensa y obesa que ingresa por lo mismo, no he dicho nada: la foto cambia. Está claro que hay que avanzar en la asistencia geriátrica en los servicios de urgencias españoles, más allá de las iniciativas puntuales que nos ofrece este artículo¹ y los previos⁶⁻¹⁶ están las bases para ello. Ahora hay que convertirlo en una realidad. Al menos, para aquellos pacientes que no vengan con una valoración previa de casa en su historia clínica, porque si desde atención primaria esta valoración estuviera hecha y consignada, ¿no sería infinitamente más fácil? Y más lógico, obviamente, porque entendemos que la mayoría de los pacientes no van tanto a urgencias como al Centro de Salud, donde los principios de atención geriátrica son exactamente los mismos¹⁸.

Y con la última consideración, muy bien, lo mismo enseñémosles que nacer, como, y para qué. Pero hay algo que no debemos olvidar transmitirles: borremos el edadismo de nuestro comportamiento, siempre, pero con especial cuidado cuando el paciente es más vulnerable y más nos necesita, cuando está tan malo que viene a urgencias. El horror de la terminología *goomer* que describen en el increíble libro "La Casa de Dios"¹⁹, de hace 50 años, sigue imbricado en nuestro lenguaje, con otros términos iguales o peores. Y en el subconsciente médico colectivo, una camilla que viene con un paciente arrugado y envuelto en una manta de cuadros equivale a problemas: ¿qué tendrá (o, más bien, qué no tendrá), quién me lo ingresará, la familia querrá o no llevárselo... y una letanía que hace que miremos esa camilla ya con malos ojos antes incluso de haber preguntado el nombre. Pues bien, recordemos que actuar de acuerdo con la evidencia científica (y hacer la VGI a los ancianos) es antiageista. Pensemos que mañana seremos nosotros lo que vendremos a urgencias en la camilla con la manta de cuadros.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Conflicto de intereses: El autor declara no tener conflicto de interés en relación al presente artículo.

Financiación: El autor declara la no existencia de financiación en relación al presente artículo.

Responsabilidades éticas: El autor ha confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes, acuerdo de publicación y cesión de derechos a la Revista Española de Urgencias y Emergencias.

Artículo encargado y con revisión interna por el Comité Editorial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández Alonso C, Puig Campmany M, Aguiló Mir S, Rodríguez Miranda B, López Díez MP, Capilla Pueyo RM, et al. 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). *Rev Esp Urg Emerg*. xxxxxx.
2. Navarro García C, Prado Galbarro J, Sarría Santamera A. Utilización de los servicios de urgencia por la población de edad avanzada y pluripatología en España. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2016;51:244-5.
3. Miró Ó, Aguiló S, Alquézar-Arbé A, Fernández C, Burillo G, Martínez SG, et al. Overnight stay in Spanish emergency departments and mortality in older patients. *Intern Emerg Med*. 2024;19:1653-65.
4. Díez-Cascón González P, Sisó Almirall A. Atención urgente al paciente anciano en atención primaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44 Supl 1:3-9.
5. Bermúdez Menéndez de la Granda M, Guzmán

6. De Brauer I, Cornette P, D'Hoore W, Lorant V, Verschuren F, Thys F, et al. Factors to improve quality for older patients in the emergency department: a qualitative study of patient trajectory. *BMC Health Serv Res*. 2021;21:965.
7. Puig-Campmany M, Ris-Romeu J. El anciano frágil en urgencias: principales retos. *Emergencias*. 2022;34:415-7.
8. Lee S, Howard MA 3rd, Han JH. Delirium and Delirium Prevention in the Emergency Department. *Clin Geriatr Med*. 2023;39:535-51.
9. Joseph JW, Elhadad N, Mattison MLP, Nentwich LM, Levine SA, Marcantonio ER, et al. Boarding Duration in the Emergency Department and Inpatient Delirium and Severe Agitation. *JAMA Netw Open*. 2024;7:e2416343.
10. Theou O, Campbell S, Malone ML, Rockwood K. Older Adults in the Emergency Department with Frailty. *Clin Geriatr Med*. 2018;34:369-86.
11. O'Caomh R, Costello M, Small C, Spooner L, Flannery A, O'Reilly L, et al. Comparison of Frailty Screening Instruments in the Emergency Department. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16:3626.
12. Martín-Sánchez FJ, Llopis García G, González-Colaço Harmand M, Fernández Pérez C, González Del Castillo J, Llorens P, et al. Identification of Senior At Risk scale predicts 30-day mortality among older patients with acute heart failure. *Med Intensiva (Engl Ed)*. 2020;44:9-17.
13. Carpenter CR, Bromley M, Caterino JM, Chun A, Gerson LW, Greenspan J, et al. Optimal older adult emergency care: introducing multidisciplinary geriatric emergency department guidelines from the American College

14. 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.
15. Gladman JR, Conroy SP, Ranhoff AH, Gordon AL. New horizons in the implementation and research of comprehensive geriatric assessment: knowing, doing and the 'know-do' gap. *Age Ageing*. 2016;45:194-200.
16. Parker SG, McLeod A, McCue P, Phelps K, Bardsley M, Roberts HC, et al. New horizons in comprehensive geriatric assessment. *Age Ageing*. 2017;46:713-21.
17. Castro-Delgado R, Julián-Jiménez A. Nuestra especialidad: comenzamos. *Rev Esp Urg Emerg*. 2025;4:1-4.
18. Ringer T, Dougherty M, McQuown C, Melady D, Ouchi K, Southerland LT, et al. White Paper-Geriatric Emergency Medicine Education: Current State, Challenges, and Recommendations to Enhance the Emergency Care of Older Adults. *AEM Educ Train*. 2018;2(Supl 1):S5-S16.
19. Conroy S, Nickel CH, Jónsdóttir AB, Fernández M, Banerjee J, Mooijaart S, et al. The development of a European curriculum in Geriatric Emergency Medicine. *Eur Geriatr Med*. 2016;7:315-21.
20. García Pliego RA, de Hoyos Alonso MC, Herreros Herreros Y, Baena Díez JM, Gorroñogoitia Iturbe A, Acosta Benito MÁ, et al. Actividades preventivas en el mayor. Actualización PAPPs 2024. *Aten Primaria*. 2024;56 (Supl 1):103132.
21. Shem S. *The House of God*. Richard Marek Publishers, 1978.