



■ ARTÍCULO DE REVISIÓN

Atención de la persona mayor en los servicios de urgencias: complejidad clínica, impacto organizativo y necesidad de adaptación geriátrica integral

Care for older adults in emergency departments: Clinical complexity, organizational impact, and the need for comprehensive geriatric adaptation

Angie Marcela Echavarria-Cadena ¹ , Agustina Lucia Piccinino ² ,
Marcelo Schapira ³ , Ana Soledad Pedretti ⁴ , Gaston Perman ⁵ ,
María Florencia Grande Ratti ^{4,6}

¹ Hospital Italiano de Buenos Aires, Servicio de Clínica Médica, Área de Investigación en Medicina Interna. Buenos Aires, Argentina

² Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires, Departamento de grado, Programa Estudiantes en Investigación. Buenos Aires, Argentina

³ Hospital Italiano de Buenos Aires, Servicio de Clínica Médica, Sección de Geriátrica. Buenos Aires, Argentina

⁴ Hospital Italiano de Buenos Aires, Central de Emergencias de Adultos. Buenos Aires, Argentina

⁵ Hospital Italiano de Buenos Aires, Plan De Salud. Buenos Aires, Argentina

⁶ CONICET (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas). Argentina

Editor responsable: Raúl Real Delor. Universidad Nacional de Asunción, Paraguay.

Revisores:

Francisco Javier Suárez-Guzmán. Servicio Extremeño de Salud. Badajoz, España.

Américo Ayala Saucedo. Universidad Nacional de Itapúa. Facultad de Medicina. Encarnación, Paraguay.

Cómo referenciar este artículo: Echavarria-Cadena AM, Piccinino AL, Schapira M, Pedretti AS, Perman G, Grande Ratti MF. Atención de la persona mayor en los servicios de urgencias: complejidad clínica, impacto organizativo y necesidad de adaptación geriátrica integral. Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. 2026; 13 (1): e13132606

Artículo recibido: 10 junio 2026

Artículo aceptado: 17 julio 2026

Autor correspondiente:

Dra. María Florencia Grande Ratti

Correo: maria.grande@hospitalitaliano.org.ar

Dictamen del artículo:

https://www.revistaspmi.org.py/dictamenes/2026/57_26_dictamenes.pdf

Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons CC-BY 4.0

RESUMEN

Introducción: el progresivo envejecimiento poblacional está incrementando de forma sostenida la demanda de atención de personas mayores en los servicios de urgencias, un entorno tradicionalmente diseñado para resolver procesos agudos y de rápida resolución. Este fenómeno plantea desafíos clínicos y organizativos que requieren estrategias específicas de adaptación.

Objetivos: describir la complejidad clínica de las personas mayores atendidas en los servicios de urgencias, su impacto sobre la organización asistencial y las principales necesidades de adaptación identificadas en la literatura.

Metodología: se realizó una revisión narrativa de la literatura con enfoque descriptivo. Se efectuó una búsqueda en las bases de datos PubMed, SciELO y LILACS de artículos publicados entre 2020 y 2025 en español o inglés sobre. Se incluyeron revisiones y estudios observacionales que abordaran aspectos clínicos, organizativos o asistenciales. Tras el proceso de selección se incluyeron 11 artículos, complementándose mediante revisión de referencias bibliográficas y artículos citantes.

Resultados: las personas mayores presentan características diferenciales, con frecuencia fragilidad, multimorbilidad, polifarmacia y deterioro cognitivo, condiciones que dificultan el triaje, el diagnóstico y la toma de decisiones clínicas. Esta complejidad se asocia a mayores tasas de hospitalización, estancias prolongadas, deterioro funcional, eventos adversos y reconsultas. Asimismo, genera un impacto relevante en la organización de los servicios, incrementando la carga asistencial, la utilización de recursos y el riesgo de sobrecarga, estrés y fatiga decisional entre los profesionales sanitarios. La evidencia revisada señala beneficios potenciales de estrategias como el triaje geriátrico, la valoración geriátrica integral, la coordinación interdisciplinaria y la capacitación específica/especializada del personal.

Conclusiones: la atención de personas mayores en urgencias constituye un desafío creciente que requiere modelos asistenciales adaptados a sus necesidades. La incorporación de estrategias específicas podría mejorar la calidad de la atención, optimizar los resultados en salud y favorecer entornos de trabajo más seguros, eficientes y centrados en la persona.

Palabras claves: servicio de urgencia en hospital, anciano, fragilidad, evaluación geriátrica, servicios de salud para ancianos

ABSTRACT

Introduction: The progressive population aging is steadily increasing the demand for care for older adults in emergency departments, an environment traditionally designed to manage acute, processes requiring rapid resolutions. This phenomenon poses clinical and organizational challenges that require specific adaptation strategies.

Objectives: To describe the clinical complexity of older adults treated in emergency departments, its impact on healthcare organization, and the main adaptation needs identified in the literature.

Methodology: A narrative literature review with a descriptive approach was conducted. A search was performed in the PubMed, SciELO, and LILACS databases for articles published between 2020 and 2025 in Spanish or English on this topic. Reviews and observational studies addressing clinical, organizational, or care-related aspects were included. After the selection process, 11 articles were included, supplemented by a review of bibliographic references and citing articles.

Results: Older adults present distinct characteristics, often including frailty, multimorbidity, polypharmacy, and cognitive impairment conditions that complicate triage, diagnosis, and clinical decision-making. This complexity is associated with higher hospitalization rates, prolonged hospital stays, functional decline, adverse events, and follow-up visits. It also has a significant impact on the service organization, increasing healthcare workload, resource utilization, and the risk of overload, stress, and decision fatigue among healthcare professionals. The reviewed evidence indicates potential benefits of strategies such as geriatric triage, comprehensive geriatric assessment, interdisciplinary coordination, and specific/specialized staff training.

Conclusions: The care of older adults in emergency departments represents a growing challenge that requires healthcare models adapted to their needs. The incorporation of specific strategies could improve the quality of care, optimize health

outcomes, and promote safer, more efficient, and person-centered work environments.

Keywords: hospital emergency service, aged, frailty, geriatric assessment, health services for the aged

INTRODUCCIÓN

El campo de la medicina de emergencias geriátricas ha experimentado una expansión significativa en las últimas dos décadas en consonancia con el envejecimiento poblacional y el consiguiente aumento de la demanda de atención sanitaria ⁽¹⁾. Se estima que aproximadamente el 20% de las consultas en los servicios de urgencias corresponden a adultos mayores y que, una de cada cinco personas mayores de 65 años, requiere al menos una consulta anual en este ámbito asistencial ^(2,3). Este fenómeno supone un desafío creciente para los sistemas de salud y para la organización del trabajo en urgencias, al incrementar la complejidad asistencial y su impacto, tanto en la calidad de la atención como en las condiciones laborales del personal sanitario.

El aumento sostenido de consultas por parte de personas mayores ha evidenciado las limitaciones de los modelos tradicionales, orientados a la resolución rápida de cuadros agudos bien definidos. En contraste, esta población presenta con frecuencia multimorbilidad, fragilidad, deterioro funcional y cognitivo, así como necesidades sociales complejas, lo que dificulta los procesos de triaje, el diagnóstico oportuno y la toma de decisiones clínicas ^(4,5). Estas características se asocian, además, con estancias prolongadas, mayor riesgo de eventos adversos y reconsultas frecuentes ⁽⁶⁾. En entornos asistenciales de alta demanda, la atención de personas mayores puede incrementar la complejidad de los procesos asistenciales, la carga cognitiva, la presión temporal y la necesidad de coordinación interdisciplinaria. En este contexto, la adaptación de los servicios de urgencias al envejecimiento poblacional ha sido propuesta como una estrategia para

responder de manera más adecuada a las necesidades de esta población y optimizar la organización de la atención. La reorganización de los procesos asistenciales, la formación específica en geriatría y el desarrollo de modelos interdisciplinarios podrían contribuir a mejorar los resultados clínicos y determinados aspectos organizativos de los servicios. No obstante, aunque diversos autores han sugerido posibles beneficios sobre la experiencia laboral y las condiciones de trabajo del personal sanitario, la evidencia acerca de su impacto en los factores de riesgo psicosocial y la salud ocupacional de los profesionales continúa siendo limitada.

Si bien en los últimos años se han producido avances en la identificación y abordaje de los problemas de salud de los adultos mayores en distintos contextos asistenciales, la evidencia disponible continúa siendo heterogénea y fragmentada respecto a los modelos de atención geriátrica en servicios de urgencias. El objetivo principal de este trabajo fue sintetizar la evidencia disponible sobre los principales desafíos clínicos y organizativos en la atención de personas mayores en servicios de urgencias. Como objetivos secundarios, se planteó describir los modelos de atención e intervenciones orientadas a mejorar la calidad asistencial, así como identificar las estrategias descritas en la literatura que podrían contribuir a mejorar la organización de la atención y, potencialmente, favorecer entornos de trabajo más adecuados para los profesionales sanitarios.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión narrativa de la literatura con enfoque descriptivo. Dada la amplitud y heterogeneidad de los temas incluidos, se adoptó un enfoque narrativo que permitiera integrar evidencia proveniente de diferentes diseños de estudio y perspectivas asistenciales.

La búsqueda bibliográfica sistemática se llevó a cabo entre mayo y junio de 2025 en las bases de datos PubMed, SciELO y LILACS, utilizando descriptores en inglés y español combinados mediante operadores booleanos. Se emplearon los términos: *Emergency Service, Hospital, Health Services for the Aged, Aged y Ageism*. Se incluyeron artículos publicados entre 2020 y 2024 en inglés o español, que abordaran la atención de personas mayores en servicios de urgencias hospitalarias, así como sus resultados clínicos, organizativos o asistenciales. Se consideraron revisiones sistemáticas, metaanálisis, revisiones narrativas y estudios observacionales.

La selección de estudios se realizó en dos fases por un investigador, lo que puede incrementar el riesgo de sesgo de selección. Los registros recuperados fueron exportados a una planilla electrónica para su gestión. Los registros duplicados fueron identificados mediante comparación auto-

mática de título, autores y año de publicación, seguida de verificación manual. En una primera fase, se revisaron títulos y resúmenes para evaluar elegibilidad. Posteriormente, los textos completos de los artículos potencialmente relevantes fueron analizados para su inclusión final. El proceso de selección partió de 596 registros identificados (tabla 1), de los cuales 11 artículos cumplieron los criterios de inclusión. Con el fin de ampliar y actualizar la evidencia, se realizó una búsqueda complementaria mediante revisión de referencias bibliográficas y de los artículos citantes (*snowballing*), incluyendo publicaciones recientes hasta 2025.

Dado el diseño de revisión narrativa, no se realizó evaluación formal de la calidad metodológica de los estudios incluidos. Esta decisión constituye una limitación del trabajo, junto con el posible sesgo de selección y la heterogeneidad de los diseños incluidos. Sin embargo, para fortalecer el

Tabla 1. Estrategia de búsqueda por base de datos académica.

Base	Búsqueda	Filtros	Artículos
PubMed	("Emergency Service, Hospital"[MeSH]) AND ("Health Services for the Aged"[MeSH] OR "Aged"[MeSH] OR "Ageism"[MeSH])	In the last 5 years, Meta-Analysis, Review, Systematic Review.	185
SciELO	("emergency service" OR "hospital emergency" OR "servicio de urgencias") AND ("aged" OR "older adults" OR "geriatric care" OR "salud del adulto mayor" OR "adulto mayor")	Año de publicación: 2020–2024. Tipo de documento: revisión, revisión sistemática, metaanálisis.	333
LILACS BVS	("Emergency Service, Hospital" OR "servicio de urgencias") AND ("Health Services for the Aged" OR "Aged" OR "adulto mayor" OR "geriatr*") OR "Ageism"	Fecha de publicación: últimos 5 años (2020–2024) Tipo de documento: revisión, revisión sistemática, metaanálisis Idioma: español o inglés	78

rigor metodológico del presente trabajo, se utilizó la escala SANRA (*Scale for the Assessment of Narrative Review Articles*) que evalúa la calidad de la propia revisión narrativa mediante seis dominios (justificación del artículo, formulación de objetivos, descripción de la literatura, referenciación, razonamiento científico y presentación de datos). La aplicación de la escala fue realizada por dos revisores de manera independiente, resolviendo discrepancias por consenso.

RESULTADOS

Se incluyeron 11 estudios que abordaban la atención de personas mayores en servicios de urgencias hospitalarias, publicados entre 2020 y 2025. La mayoría correspondía a estudios observacionales y revisiones narrativas, con predominio de trabajos realizados en Europa y Norteamérica. Los artículos analizados coinciden en señalar la elevada complejidad clínica de los pacientes mayores atendidos en urgencias, asociada a

fragilidad, multimorbilidad y deterioro funcional. Asimismo, se describen impactos organizativos relevantes, como incremento de los tiempos de estancia, mayor tasa de hospitalización y dificultades en los procesos de triaje y toma de decisiones clínicas. En conjunto, la evidencia revisada subraya la necesidad de adaptar los servicios de urgencias a las necesidades específicas de esta población.

Desafíos clínicos en adultos mayores en urgencias

El envejecimiento poblacional y el cambio demográfico impactan de manera significativa en el sistema sanitario, y los Servicios de Urgencias deben enfrentar importantes desafíos clínicos para garantizar una atención adecuada y oportuna de los adultos mayores⁽⁷⁾. La estancia media de estos pacientes excede habitualmente las tres horas, y cerca del 30% presenta tiempos de permanencia superiores a cuatro horas⁽⁸⁾. En este sentido, una cohorte del Reino Unido que incluyó 146.636 consultas en 2019 identificó

Tabla 2. Componentes de la herramienta ISAR (*Identification of Seniors At Risk*): instrumento de cribado rápido diseñado para identificar adultos mayores que consultan en urgencias y que tienen un mayor riesgo de sufrir resultados adversos en los días o semanas posteriores a la visita.

Herramienta ISAR: preguntas de tamizaje*		
1	Antes de la lesión o daño que lo trajo al Departamento de Urgencias/Emergencias, ¿necesitó la ayuda de alguien de forma regular?	SI/NO
2	Desde la lesión o daño que lo trajo al Departamento de Urgencias/Emergencias, ¿necesitó más ayuda de lo usual para su autocuidado?	SI/NO
3	¿Ha sido hospitalizado por una o más noches durante los últimos 6 meses? (incluyendo una estancia en el Departamento de Urgencias/Emergencias)	SI/NO
4	En general, ¿se siente bien?	SI/NO
5	En general, ¿tiene algún problema serio con su memoria?	SI/NO
6	¿Toma más de 3 medicaciones diferentes cada día?	SI/NO
*Traducido de Zaboli et. al ⁽¹⁴⁾ . Una puntuación de 2 o más puede indicar "riesgo elevado", requiriendo valoración geriátrica integral o derivación a intervenciones multidimensionales.		

que la estancia de ≥ 4 horas fue significativamente mayor en los adultos mayores, con OR 1,52 (IC95% 1,45-1,58) para 65 a 74 años, OR 1,65 (IC95% 1,58-1,72) para 75 a 84 años, y OR 1,84 (IC95% 1,75-1,93) para ≥ 85 años, en comparación con los adultos de 18 a 64 años ($p < 0,01$)⁽⁹⁾. Estos hallazgos reflejan el efecto de la complejidad clínica, incluyendo comorbilidades, fragilidad y diagnósticos difíciles, sobre los tiempos de atención y la gestión clínica en urgencias.

Además, la evidencia demuestra que la atención a adultos mayores no es homogénea, ya que presentan necesidades complejas y variables que agregan un nivel adicional de desafío clínico. Una revisión integradora identificó cómo la interseccionalidad —concepto que reconoce que las personas experimentan opresiones y discriminaciones de manera única debido a la interacción de múltiples aspectos de su identidad— influye en la atención de adultos mayores con necesidades de cuidados paliativos y de fin de vida en los servicios de urgencias⁽¹⁰⁾.

Desafíos organizativos y asistenciales del servicio de urgencias

La atención de pacientes geriátricos en los servicios de urgencias requiere modificaciones que abarcan desde la infraestructura física (ej. como sillones cómodos o camillas, suelos antideslizantes, iluminación especial y carteles informativos con letra grande)⁽¹¹⁾, hasta la educación y capacitación del personal para abordar las necesidades específicas de esta población⁽¹²⁾.

El triaje y el diagnóstico rápidos pueden resultar difíciles en adultos mayores debido a la presencia de múltiples comorbilidades, polifarmacia, deterioro funcional y cognitivo, y/o fragilidad de este subgrupo poblacional⁽⁴⁾.

Existen múltiples instrumentos para evaluar la fragilidad en los servicios de urgencias, aunque muy pocos han sido validados frente a estándares como la evaluación geriátrica integral⁽¹³⁾. Una revisión sistemática que

incluyó seis estudios con 1.663 participantes (rango edad 76–86 años) encontró una alta prevalencia agrupada de fragilidad del 59%, medida mediante siete instrumentos (PRISMA-7, CFS, VIP, FRESH, BPQ, TRST e ISAR (tabla 2). La estimación agrupada de sensibilidad fue de 0,85 (IC95% 0,76–0,91) y la de especificidad de 0,77 (IC95% 0,62–0,88), mientras que la exactitud global, basada en el área bajo la curva ROC alcanzó 0,89 (IC95% 0,86–0,90)⁽¹³⁾. No obstante, una cohorte canadiense reciente que evaluó tres escalas validadas de fragilidad ampliamente utilizadas (CFS, PRISMA-7, ISAR) determinó que ninguna de ellas se asoció con mortalidad a los 30 días, lo que limita su utilidad en el contexto del triaje en urgencias⁽¹⁴⁾.

Modelos de atención geriátrica en servicios de urgencias: intervenciones estructurales y estrategias multidimensionales

Como consecuencia de la complejidad clínica y social de los adultos mayores, su evaluación y manejo pueden resultar complicados, demandar tiempo y requerir habilidades especializadas, lo que requiere una atención detallada, multidimensional y multidisciplinaria, destinada a proporcionar un diagnóstico y manejo adecuados, optimizando la ubicación asistencial y evitando ingresos hospitalarios innecesarios⁽¹⁵⁾.

El uso de modificaciones estructurales y del proceso de atención que aborden las necesidades específicas de estos pacientes puede contribuir a enfrentar estos desafíos. Asimismo, estas adaptaciones deben complementarse con una valoración clínica individualizada, dado que los adultos mayores frecuentemente presentan síndromes de fragilidad o quejas atípicas que hacen que los enfoques basados en protocolos sean insuficientes⁽¹⁶⁾.

Los modelos de atención han evolucionado hacia una evaluación y manejo multidimensionales por parte de equipos multidisciplinarios especializados (evaluación geriátrica integral), demostrando mejores resultados, como la reducción de

ingresos hospitalarios y la disminución de mortalidad⁽⁸⁾.

Asimismo, se recomienda implementar intervenciones de atención transicional durante la planificación del alta, optimizando la comunicación con cuidadores, servicios de salud comunitarios, residencias y médicos de cabecera, para garantizar la continuidad del cuidado y la reinserción a la vida cotidiana^(17,18).

En línea con estas estrategias, la Sociedad Europea de Medicina de Emergencia (EUSEM) y la Sociedad Europea de Medicina Geriátrica (EuGMS) desarrollaron recomendaciones clínicas basadas en consenso, revisando guías y literatura recientes para priorizar temas relevantes de la Medicina de Emergencia Geriátrica en Europa. De 21 tópicos inicialmente considerados, se seleccionaron ocho dimensiones clave (tabla 3)⁽¹⁶⁾.

Tabla 3. Resumen de recomendaciones de guías clínicas (EUSEM y EuGMS) para la atención del paciente mayor en urgencias. Ocho dimensiones son esenciales para la atención geriátrica en urgencias según consenso europeo.

No.	Dimensión	Descripción
1	Evaluación geriátrica integral en urgencias	1.1 Para los pacientes mayores con fragilidad, los Servicios de Urgencias deben evolucionar y dejar de ofrecer soluciones a problemas específicos para adoptar un enfoque más holístico.
		1.2 Una evaluación geriátrica integral en urgencias no se puede implementar en urgencias. Es importante poner en práctica sus conceptos clave, como las «5 M de la geriatría»:
		• MENTE: abordar la demencia, el delirio y la depresión • MOVILIDAD: mantener la movilidad y evitar caídas • MEDICACIONES: reducir la polifarmacia innecesaria • MULTICOMPLEJIDAD: abordar las necesidades multifacéticas de las personas mayores (médicas, psicológicas, sociales, funcionales y ambientales) • LO MÁS IMPORTANTE: garantizar que los resultados de salud, los objetivos y las preferencias de atención individuales y significativos de cada persona se reflejen en los planes de tratamiento.
2	Estratificación del riesgo ajustada por edad/fragilidad	1.3 Luego, utilice la toma de decisiones compartida para determinar las prioridades del paciente. Trabaje con su equipo interdisciplinario para determinar cómo y dónde se pueden satisfacer mejor (en el hospital, en casa o en otro centro de atención).
		2.1 Sistemas de triaje: considerar la incorporación de una medida de movilidad y/o fragilidad (como la Escala Clínica de Fragilidad) en el sistema de triaje.
		2.2 Considere la queja actual: las quejas inespecíficas (malestar) se asocian con una alta mortalidad hospitalaria.
		2.3 Interpretación de las constantes vitales: verificar los valores basales de cada paciente y monitorear las tendencias.

		Si no se dispone de los valores basales: • Presión arterial sistólica: en promedio, una presión arterial inferior a 120 (en sepsis) o de 110 mmHg (en traumatismo) debe considerarse anormal hasta que se demuestre lo contrario. • Frecuencia cardíaca: en promedio, una frecuencia cardíaca inferior a 50 o superior a 100 lpm se asocia con una mayor mortalidad hospitalaria y debe considerarse anormal. • Temperatura: una temperatura normal o baja se asocia con una mayor mortalidad que una temperatura alta en pacientes con sospecha de infección/sepsis. • Buscar signos clínicos de insuficiencia orgánica: aumento de la frecuencia respiratoria, tiempo de llenado capilar prolongado, mala circulación periférica o baja diuresis, alteración del estado mental.
		2.4 Evaluar la fragilidad, el deterioro cognitivo y el delirio (y utilizar junto con las recomendaciones 1 y 2).
		2.5 Evaluar la situación social y el estado funcional y su impacto antes del alta hospitalaria.
3	Delirio y deterioro cognitivo	3.1 Tratar a los pacientes con delirio o en riesgo de desarrollarlo mediante intervenciones multicomponentes y reorientación regular. Realizar una evaluación estructurada, que incluya una revisión de la medicación, para identificar y revertir las posibles causas del delirio. Se pueden utilizar listas de verificación para facilitar estos procesos.
		3.2 Utilizar las herramientas adecuadas para la evaluación del dolor en personas mayores con deterioro cognitivo, por ejemplo, PAINAD.
		3.3 En caso de que los pacientes presenten alteraciones del comportamiento o agitación relacionadas con el deterioro cognitivo, intentar métodos de tratamiento no farmacológico como primera opción. No se deben utilizar sujeciones físicas.
		3.4 Emplear un enfoque cauteloso para la sedación y utilizarla solo cuando los métodos no farmacológicos hayan fracasado. Utilizar medicamentos orales en primera instancia, con la elección de la medicación adaptada a cada paciente. La decisión de escalar a sedación IM/IV debe ser tomada por un médico experimentado y administrada en un área donde el paciente pueda ser monitoreado adecuadamente y donde haya soporte para la vía aérea disponible, siguiendo las pautas locales y nacionales de sedación.
		3.5 Vincular a los pacientes con deterioro cognitivo en el servicio de urgencias con las vías de atención estructuradas locales para la atención hospitalaria, o con su médico de cabecera para una investigación más detallada al momento del alta.
		3.6 Adaptar las investigaciones diagnósticas para el delirio a la historia clínica y los hallazgos del examen físico de cada paciente.

4	Participación familiar	4.1 Determinar las necesidades de atención del paciente mayor durante su ingreso en urgencias (ej: calificar las listas de verificación de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria).
		4.2 Determinar el nivel de apoyo que requiere el paciente en urgencias y anticipar las necesidades al alta en colaboración con los cuidadores.
		4.3 Cuando sea posible, evaluar la carga del cuidador y su capacidad para seguir las instrucciones.
		4.4 Al dar de alta a un paciente a un centro ambulatorio, proporcionar información clara sobre las diferentes formas de apoyo disponibles. Asegurarse de que los equipos puedan derivar a los pacientes y a sus cuidadores a los servicios necesarios que puedan proporcionar u organizar el apoyo sanitario y social.
		4.5 Asegurarse de que el paciente (cuando sea posible) y su cuidador comprendan claramente los procedimientos relacionados con la planificación del alta, así como otras instrucciones de seguimiento.
		4.6 Los hospitales deben facilitar la participación de los pacientes y del público en el desarrollo de estrategias de mejora de la calidad destinadas a mejorar la experiencia de los pacientes en urgencias.
5	Entorno	5.1 Espacio físico: Pequeños cambios con impacto inmediato • Ordene el espacio • Ofrezca múltiples señales para la orientación en tiempo y lugar, incluyendo relojes, calendarios y señalización clara de las camas y los baños. • Transforme los pasillos en espacios agradables para caminar con seguridad. • Asegúrese de que los asientos y las barras de apoyo de los inodoros sean de colores contrastantes. • Si dispone de más recursos, instale suelos mate e iluminación de alta calidad.
		5.2 Equipos y recursos humanos: Asegúrese de que sus pacientes mayores tengan fácil acceso a ayudas para la movilidad, ayudas sensoriales, ayudas para la continencia, nutrición e hidratación. Disponga de personal para facilitar el acceso a estas necesidades básicas y fomentar actividades significativas. Pequeños cambios con impacto inmediato • Ofrezca ayudas sensoriales: gafas, pilas para audífonos o una lupa y un amplificador portátil. • Ofrezca refrigerios y bebidas. • Fomente las comidas sociales con acompañantes y la participación en actividades significativas en caso de una estancia prolongada en urgencias.
		5.3 Comportamiento del personal: El personal debe acoger a la familia y garantizar una comunicación adecuada. Identificar síndromes geriátricos, mejorar la movilidad y ayudar a las personas mayores a mantener sus funciones son tan importantes

		como la atención de urgencias tradicional.
6	Polifarmacia	6.1 Recopilar la mayor cantidad de información posible sobre la medicación, incluyendo los medicamentos de venta libre, con un enfoque estructurado que incluya el nombre del fármaco, la dosis, la forma de administración y la frecuencia. Identificar cualquier cambio reciente en la medicación, incluyendo modificaciones de la dosis, e indagar sobre el cumplimiento y la concordancia.
		6.2 Considerar si un evento adverso a un medicamento podría ser un factor que contribuya al ingreso, considerando las posibles interacciones farmacológicas y las interacciones fármaco-enfermedad. En pacientes con polifarmacia, determinar la carga anticolinérgica, ya que es un importante factor de riesgo modificable para el delirio.
		6.3 Realizar una evaluación estructurada y estandarizada de medicamentos potencialmente inapropiados utilizando herramientas como el Índice de Adecuación de la Medicación (STOPP-START).
		6.4 Iniciar la administración de nuevos medicamentos con precaución e iniciar la desprescripción si corresponde. Considerar la función renal del paciente y calcular la tasa de filtración glomerular en lugar de basarse únicamente en la creatinina. Evite el uso de analgésicos como AINE o tramadol, y no utilice benzodiazepinas como tratamiento de primera línea para el delirio en personas mayores.
		6.5 Evalúe el régimen farmacológico del paciente teniendo en cuenta sus preferencias, esperanza de vida y comorbilidades. Tras el alta, asegúrese de que el paciente, sus cuidadores y su personal sanitario estén al día con el nuevo plan de prescripción.
		6.6 Si no se puede realizar una revisión exhaustiva de la medicación en Urgencias, considere la derivación a un hospital de día geriátrico o a un farmacéutico clínico para optimizar la medicación.
7	Traumatismos	7.1 Evaluar a los pacientes mayores con traumatismo de baja transferencia de energía para detectar lesiones significativas.
		7.2 Mejorar los sistemas de triaje prehospitalario e intrahospitalario para identificar traumatismos mayores en adultos mayores mediante la incorporación de herramientas de estratificación de riesgo, como la Red de Seguridad para Traumatismos de Plata y la herramienta de cribado de traumatismos en pacientes mayores para unidades de trauma, centros de traumatología mayor y hospitales de urgencias locales.
		7.3 Estar atento a signos de hemorragia oculta. Frecuencia cardíaca > 90/min. Presión arterial sistólica < 110 mmHg. Lactato > 2,5 mmol/L.

		7.4 Realizar una tomografía computarizada de cráneo a cualquier paciente ≥ 65 años con pérdida de consciencia o amnesia tras un traumatismo craneoencefálico. Además, se debe realizar una tomografía computarizada (TC) a cualquier paciente con traumatismo craneoencefálico que esté tomando warfarina, otros anticoagulantes (anticoagulantes orales directos), clopidogrel (tratamiento antiplaquetario) o con trastornos hemorrágicos como la hemofilia. 7.5 A cualquier adulto $\geq \approx 65$ años con sospecha clínica de lesión de la columna cervical se le debe realizar una TC de columna cervical lo antes posible. La aplicación forzada de un collarín no es necesaria, ya que puede causar daño. 7.6 El pilar del tratamiento de las fracturas costales debe ser proporcionar una analgesia adecuada, junto con una atención respiratoria meticulosa, para prevenir complicaciones como atelectasias y neumonía. 7.7 Evaluar a los pacientes para detectar fragilidad subyacente, adoptar un enfoque holístico para evaluar las necesidades multidimensionales de cada paciente y acordar objetivos de tratamiento centrados en el paciente.
8	Cuidados Paliativos en el ámbito agudo	8.1 Pregunte al paciente si ha establecido sus objetivos de atención con su médico de cabecera o especialista en órganos/hospital. En caso negativo, inicie la conversación. Use un lenguaje positivo sobre la necesidad de cuidados paliativos. Aproveche al máximo la oportunidad en que el paciente se encuentre relativamente compensado. 8.2 Tratar el dolor: los opioides son la herramienta principal (¡averigüe si ha usado opioides previamente!). 8.3 Tratar la disnea (descartar causas reversibles como derrame pleural, sobrecarga de líquidos o anemia): considerar el alivio sintomático con oxígeno, opioides o benzodiazepinas. 8.4 Tratar las náuseas y los vómitos: identificar cualquier causa reversible como estreñimiento o efectos secundarios de la medicación. 8.5 Tratar la ansiedad o el delirio: explorar las posibles causas (retención urinaria, impactación fecal o dolor). Se pueden usar benzodiazepinas o antipsicóticos como el haloperidol. 8.6 Objetivo: priorizar la comodidad del paciente mediante el manejo de sus síntomas.

Traducido de Lucke *et al* ⁽¹⁶⁾.

DISCUSIÓN

En términos generales, la evidencia revisada muestra que la atención de personas mayores en los servicios de urgencias constituye un reto clínico y organizativo complejo explicado principalmente por la fragilidad, la multimorbilidad y la presentación clínica atípica de este grupo poblacional⁽¹⁹⁾. Estos factores se desarrollan en un contexto de alta presión asistencial y limitación temporal, lo que dificulta la aplicación sistemática de evaluaciones multidimensionales en el entorno urgente^(20,21).

Desde el punto de vista de los modelos de atención, la evidencia sugiere que los enfoques geriátricos multidimensionales, particularmente la valoración geriátrica integral y los programas de atención transicional, son los que cuentan con mayor respaldo en términos de mejora de resultados clínicos y organizativos, aunque la calidad global de los estudios es heterogénea y, en muchos casos, basada en evidencia observacional o de consenso⁽⁹⁾. Estos modelos parecen más eficaces cuando se integran en estructuras asistenciales organizadas y no como intervenciones aisladas. Los modelos tradicionales fueron diseñados para procesos agudos y bien definidos, que no siempre responden adecuadamente a las necesidades de las personas mayores complejas⁽²²⁾. Estos hallazgos se ven respaldados por estudios de gran tamaño, como un estudio multicéntrico con 96.014 pacientes ≥ 65 años atendidos en 52 centros de España durante 7 días mostró que 5.776 pacientes (24,75%) presentaron una evolución desfavorable: 1.140 fallecieron (4,88%), 4.640 regresaron a urgencias (20,51%) y 1.739 reingresaron dentro de los 30 días posteriores a la visita índice (7,69%)⁽²³⁾.

En contraste, las estrategias basadas exclusivamente en herramientas de cribado de fragilidad muestran utilidad para la identificación de riesgo, pero presentan limitaciones en su capacidad predictiva de eventos clínicos relevantes en urgencias, lo que restringe su impacto si no se acompañan de intervenciones estructuradas. En esta línea, aunque los

instrumentos actuales permiten identificar pacientes de alto riesgo, su rendimiento es variable, lo que subraya la necesidad de herramientas más pragmáticas y validadas para el triaje urgente. Estudios recientes muestran que enfoques centrados en valorar "lo que más importa" para pacientes mayores pueden facilitar una atención más centrada en el paciente y sus prioridades, superando la lógica reduccionista de las evaluaciones convencionales⁽⁵⁾.

Si bien la evaluación de fragilidad mediante instrumentos existentes permite identificar pacientes de alto riesgo, su capacidad predictiva de desenlaces críticos sigue siendo limitada⁽¹⁴⁾, lo que subraya la necesidad de herramientas más validadas y pragmáticas para el triaje urgente. Las intervenciones con mayor consistencia empírica incluyen la evaluación geriátrica integral, la planificación estructurada del alta y los programas de continuidad asistencial, especialmente cuando se apoyan en equipos multidisciplinares y en la coordinación intersectorial, adecuadamente capacitados para enfrentar las necesidades específicas de los adultos mayores⁽¹¹⁻¹²⁾. Las recomendaciones de EUSEM y EuGMS⁽¹⁶⁾ ofrecen un marco conceptual sólido, aunque su aplicación práctica depende de la adaptación a los recursos disponibles y del rediseño organizativo de los servicios de urgencias.

En términos organizativos, la evidencia apunta a que la implementación efectiva de estos modelos requiere cambios estructurales en los flujos asistenciales, la disponibilidad de recursos específicos y la formación del personal. Más que la incorporación de intervenciones puntuales, los resultados sugieren la necesidad de transformaciones organizativas integradas que modifiquen la forma en que se gestiona la complejidad en urgencias.

Además de sus implicancias clínicas y organizativas, algunos estudios han explorado las posibles consecuencias de esta complejidad asistencial sobre los equipos de salud. Desde la perspectiva de la salud laboral, la literatura disponible indica

que la atención a pacientes mayores en urgencias se asocia a una mayor complejidad decisional y carga asistencial; sin embargo, la evidencia directa sobre su impacto en riesgos psicosociales es todavía limitada. Por ello, las implicaciones en términos de estrés laboral o fatiga decisional deben interpretarse como hipótesis plausibles más que como conclusiones establecidas. Las líneas futuras de investigación podrían profundizar de manera específica en el impacto de estas intervenciones sobre las condiciones de trabajo y la salud ocupacional de los equipos de urgencias. En este contexto, la adopción de modelos organizativos más estructurados podría contribuir indirectamente a mejorar tanto la eficiencia asistencial como la sostenibilidad del entorno de trabajo, reduciendo los ingresos hospitalarios y garantizando la continuidad del cuidado^(8,17-18).

En concordancia, la última actualización de las Guías del Departamento de Emergencias Geriátricas refuerza la idea de que la implementación de modelos estructurados de atención geriátrica en los servicios de urgencias no depende únicamente de la adopción de intervenciones clínicas aisladas, sino de transformaciones organizativas y de procesos que integren evaluaciones multidimensionales pragmáticas, atención centrada en los objetivos del paciente, planificación del alta y coordinación intersectorial⁽²⁴⁾. Sin embargo, la implementación real en la mayoría de los servicios de urgencias a nivel mundial sigue siendo limitada, porque en la práctica se necesita de un equilibrio entre visión y pragmatismo⁽²⁵⁾.

Finalmente, las principales limitaciones de la evidencia disponible incluyen la heterogeneidad metodológica, el predominio de estudios observacionales y de consenso, y la escasez de ensayos controlados. Asimismo, la mayoría de los estudios procede de países de altos ingresos, lo que limita la extrapolación de los hallazgos a otros contextos sanitarios y refuerza la necesidad de investigaciones con

mayor robustez metodológica y representación de entornos diversos.

CONCLUSIONES

La atención de personas mayores en los servicios de urgencias representa un reto relevante para los sistemas sanitarios, al evidenciar las limitaciones de los modelos asistenciales convencionales frente a la complejidad clínica y funcional de este grupo poblacional. La presencia frecuente de fragilidad, multimorbilidad y presentaciones atípicas se asocia a peores resultados, incluyendo estancias prolongadas, mayor tasa de reconsultas y mayor riesgo de eventos adversos.

La evidencia revisada sugiere que los enfoques de atención geriátrica multidimensional, como la valoración geriátrica integral y los programas de atención transicional, pueden contribuir a mejorar los resultados clínicos y organizativos. Asimismo, los modelos de atención centrados en la persona y el trabajo interdisciplinario favorecen una mejor adecuación de las intervenciones a las necesidades y objetivos del paciente.

No obstante, la implementación de estos modelos requiere la adaptación de recursos, la formación específica de los profesionales y el desarrollo de herramientas de triaje ajustadas a la población mayor.

En relación con el impacto en los profesionales sanitarios, los estudios incluidos describen una mayor complejidad asistencial en este contexto, aunque la evidencia sobre su repercusión específica en riesgos psicosociales es limitada. Aun así, puede considerarse razonable que la mejora organizativa y la capacitación en competencias geriátricas contribuyan a entornos de trabajo más eficientes y potencialmente más sostenibles, si bien esta relación debe interpretarse con cautela.

En conjunto, los hallazgos apoyan la necesidad de avanzar hacia modelos de atención en urgencias más integrales y adaptados al envejecimiento poblacional, reforzando la formación en geriatría y la

gestión de la complejidad clínica como ejes prioritarios de mejora asistencial.

Agradecimientos

En primer lugar, a los/as estudiantes de medicina del Programa ESIN, quienes colaboraron en la búsqueda bibliográfica y la construcción del protocolo (Aprobación Ética CEPI#7506), y fueron también los expositores de resultados preliminares en el XXXIII Congreso Internacional de Medicina 2025. Valoramos el animarse a brindar un espacio para la discusión científica y a recibir retroalimentación, que enriquecieron significativamente la escritura científica. En segundo lugar, a todo el personal de salud que atiende diariamente los servicios de urgencias (ej. integrantes de Geriátrica, Medicina Domiciliaria y Servicio Social). Su experiencia, compromiso y disposición para compartir conocimientos fueron esenciales para comprender los desafíos clínicos y organizativos que enfrenta esta población, y constituyen una fuente constante de inspiración para la mejora de la atención. Finalmente, a la institución y jefaturas, por su apertura y disposición para reflexionar sobre los procesos asistenciales, y por promover cambios orientados a la mejora continua.

Conflictos de interés

Los autores no declaran conflictos de interés comercial.

Contribución de los autores

Todos los autores han contribuido para la recolección y análisis de datos, redacción y aprobación final del manuscrito.

Financiamiento

Autofinanciado.

Disponibilidad de datos

Los datos utilizados en este estudio están disponibles previa solicitud al autor correspondiente:

Dra. María Florencia Grande Ratti
maria.grande@hospitalitaliano.org.ar

Revisión por pares

Este artículo fue evaluado mediante proceso de revisión por pares a doble ciego, acorde a las políticas de transparencia editorial de la

revista. Los revisores autorizaron que sus nombres y dictámenes fueran publicados. Las observaciones y comentarios emitidos por los revisores fueron considerados por los autores, quienes aplicaron las modificaciones necesarias a la versión final publicada. Los dictámenes de los revisores pueden consultarse en el siguiente enlace:

https://www.revistaspmi.org.py/dictamenes/2026/57_26_dictamenes.pdf

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shadyab AH, Castillo EM, Chan TC, Tolia VM. Developing and implementing a Geriatric Emergency Department (GED): Overview and characteristics of GED visits. J Emerg Med [Internet]. 2021 [cited 2025 Feb 15];61(2):131-9. Available from: [https://www.jem-journal.com/article/S0736-4679\(21\)00179-7/abstract](https://www.jem-journal.com/article/S0736-4679(21)00179-7/abstract) Subscription required
2. Hunold KM, Caterino JM, Carpenter ChR, Mion LC, Southerland LT. Geriatric screening in the emergency department increases consultations to geriatric medicine and physical and occupational therapy: A pre/post cohort study. Acad Emerg Med [Internet]. 2024 [cited 2025 Feb 15];31(11):1121-29. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38873870/>
3. Ouyang L, Yu S, Hu Z, Lin Y, Liu D. Enhancing emergency department triage for older patients: a prospective study on the integration of the identification of seniors at risk. BMC Emerg Med [Internet]. 2025 [cited 2025 Feb 15];25(1):91. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40461961/>
4. Mowbray F, Brousseau AA, Mercier E, Melady D, Émond M, Costa AP. Examining the relationship between triage acuity and frailty to inform the care of older emergency department patients: Findings from a large Canadian multisite cohort study. CJEM [Internet]. 2020 [cited 2025 Feb 15];22(1):74-81. Available from: <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/B3666EC5CA07DF8760D05C91E5C5C74D/S1481803519004329a.pdf/examining-the-relationship-between-triage-acuity-and-frailty-to-inform-the->

[care-of-older-emergency-department-patients-findings-from-a-large-canadian-multisite-cohort-study.pdf](#)

5. Griesse JA, Ünlü L, van Oppen J, Bühler N, Henz NM, Dreher-Hummel T, et al. Assessing what matters most in older emergency department patients. *Age Ageing* [Internet]. 2025 [cited 2025 Feb 15];54(11): afaf334. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41251602/>

6. Huang YL, McGonagle M, Shaw R, Eastham J, Alsaba N, Lin ChCh, Crilly J. Models of care for frail older persons who present to the emergency department: A scoping review of the literature. *Int Emerg Nurs* [Internet]. 2023 [cited 2025 Feb 15];66:101250. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36527936/> Subscription required

7. Chong E, Ong T, Lim WS. Editorial: Front-door geriatrics: Frailty-ready emergency department to achieve the quadruple aim. *J Frailty Aging* [Internet]. 2023 [cited 2025 Feb 15];12(4):254-7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38008974/>

8. Behrendt D, Bertram M, Sumngern Ch. Length of stay in the emergency department and its influencing factors among the older adult patients: a retrospective cross-sectional study from routine data in Germany. *J Public Health Emerg* [Internet]. 2025 [cited 2026 Feb 15]; 9:34. Available from: <https://jphe.amegroups.org/article/view/10850/html>

9. Ogliari G, Coffey F, Keillor L, Aw D, Azad MY, Allaboudy M, et al. Emergency department use and length of stay by younger and older adults: Nottingham cohort study in the emergency department (NOCED). *Aging Clin Exp Res* [Internet]. 2022 [cited 2025 Feb 15];34(11):2873-85. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36074240/>

10. Wright R, Regier NG, Booth A, Cotter VT, Hansen BR, Taylor JL, et al. Considerations of intersectionality for older adults with palliative care needs in the emergency department: An integrative review. *Curr Geriatr Rep* [Internet]. 2023 [cited 2025 Feb 15];12(4):195-204. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38313361/>

11. Rosen T, Liu SW, Cameron-Comasco L, Clark S, Mulcare MR, Biese K, et al. Geriatric emergency medicine fellowships: Current state of specialized training for emergency physicians in optimizing care for older adults. *AEM Educ Train* [Internet]. 2020 [cited 2025 Feb 15];4(Suppl 1):S122-S129. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32072116/>

12. Lee S, Skains RM, Magidson PD, Qadoura N, Liu SW, Lauren T Southerland LT, et al. Enhancing healthcare access for an older population: The age-friendly emergency department. *J Am Coll Emerg Physicians Open* [Internet]. 2024 [cited 2025 Feb 15];5(3):e13182. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38726466/>

13. Moloney E, O'Donovan MR, Sezgin D, Flanagan E, McGrath K, Timmons S, O'Caoimh R, et al. Diagnostic accuracy of frailty screening instruments validated for use among older adults attending Emergency Departments: A systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2023 [cited 2025 Feb 15];20(13):6280. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37444127/>

14. Zaboli A, Brigo F, Sibilio S, Brigiari G, Massar M, Magnarelli G, et al. Assessing the utility of frailty scores in triage: a comparative study of validated scales. *Intern Emerg Med* [Internet]. 2025 [cited 2025 Jul 10];20(2):563-71. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38900239/> Subscription required

15. Tan X, Miu X, Wang X, Li X, Chen X, Wen X. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to the hospital as emergencies: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Geriatr Nurs* [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 3];64:103374. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40398051/> Subscription required

16. 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* [Internet]. 2022 [cited 2025 Feb 15];13(2):309-17. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34738224/>

17. Condon B, Griffin A, Fitzgerald Ch, Shanahan E, Glynn L, Margaret O'Connor M, et al. Older adults experience of transition to the community from the emergency department: a qualitative evidence synthesis. *BMC Geriatr* [Internet]. 2024 [cited 2025 Feb 15];24(1):233. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38448831/>

18. Holmes A, FitzGerald Ch, Conneely M, O'Connor M, Robinson K, Gallagher AL, et al. A multi-stakeholder qualitative evaluation of ED PLUS: A physiotherapy-led transition to home intervention for older adults following emergency department discharge. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2025 [cited 2025 Jul 10];20:147-59. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39963125/>

19. Reis da Silva TH. Improving outcomes for older adults in the emergency department: challenges, enablers and evidence-based solutions. *Emerg Nurse* [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 10]; 34(2). Available from:

https://www.researchgate.net/publication/395584713_Improving_outcomes_for_older_adults_in_the_emergency_department_challenges_enablers_and_evidence-based_solutions

20. Grande-Ratti MF, Perez-Manelli RY, Herrera AG, Pedretti AS, Aliperti V, Martinez B, Dawidowski AR. Investigación-Acción Participativa sobre percepciones, preocupaciones y necesidades de los profesionales de salud en una central de emergencias de Argentina: Investigación-Acción Participativa en personal de salud. *Arch Prev Riesgos Labor* [Internet]. 2022 [citado 15 Feb 2025];25(3):242-58. Disponible en:

<https://archivosdeprevencion.eu/index.php/aprl/article/view/170/139>

21. Giunta DH, Sanchez Thomas D, Bustamante L, Grande Ratti MF, Bernardo

Martinez J. Development and validation of a multivariable predictive model for Emergency Department Overcrowding based on the National Emergency Department Overcrowding Study (NEDOCS) score. *Intern Emerg Med* [Internet]. 2025 [cited 2026 Feb 15];20(7):2225-39. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39739295/> Subscription required

22. Southerland LT, Lo AX, Biese K, Hwang U, Banerjee J, Hwang U, et al. Concepts in practice: Geriatric emergency departments. *Ann Emerg Med* [Internet]. 2020 [cited 2025 Feb 15];75(2):162-70. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31732374/>

23. Aguirre NL, Gutiérrez SG, Miro O, Aguiló S, Jacob J, Alquézar-Arbé A, et al. Older adult patients in the emergency department: Which patients should be selected for a different approach? *Ann Geriatr Med Res* [Internet]. 2024 [cited 2025 Feb 15];28(1):9-19. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37963716/>

24. Gunaga S, Carpenter ChR, Kennedy M, Southerland LT, Lo AX, Lee S, et al. A model for developing subspecialty clinical practice guidelines: The Geriatric Emergency Department guidelines 2.0. *J Am Coll Emerg Physicians Open* [Internet]. 2025 [cited 2025 Dec 15];6(6):100247. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41019914/>

25. Shih RD, Carpenter ChR, Tolia V, Binder EF, Ouslander JG. Balancing vision with pragmatism: The Geriatric Emergency Department Guidelines-realistic expectations from emergency medicine and geriatric medicine. *J Emerg Med* [Internet]. 2022 [cited 2025 Feb 15];62(5):585-9. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35181186/> Subscription required