



Original

La urgencia geriátrica en la provincia de Cuenca

S. Navarro Gutiérrez, F. González Martínez, F. J. Pulido Morillo, J. Lema Bartolomé, F. Mayor Toranzo, L. Montero López

SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ DE CUENCA.

RESUMEN

Objetivo: En los Servicios de Urgencias hospitalarios se atiende a un número creciente de pacientes de edad avanzada, tendencia que continuará en los próximos años atendiendo a las previsiones demográficas. El análisis del proceso de atención a nuestros ancianos, en relación con los pacientes adultos, constituye un dato imprescindible para optimizar la asistencia a los pacientes mayores.

Métodos: Se revisaron 820 historias de pacientes adultos atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Virgen de la Luz de Cuenca durante un año. Tras la selección aleatoria, se recogieron tanto variables sociodemográficas como otras relativas al proceso de atención durante su estancia en nuestro Servicio, comparando los datos tras dividir a los pacientes entre adultos y ancianos.

Resultados: Los ancianos acuden más frecuentemente derivados desde Atención Primaria que los adultos, consultando sobre todo por problemas circulatorios, neurológicos y respiratorios; les son realizadas más frecuentemente exploraciones complementarias y reciben con más frecuencia tratamiento farmacológico, utilizando la vía parenteral para su administración. Los ancianos permanecen más tiempo en Urgencias, con superiores tasas de ingreso y días de estancia media en planta.

Conclusiones: Las tendencias demográficas condicionan la asistencia en Urgencias de nuestros ancianos. Constituye un reto para los médicos que atendemos urgencias hospitalarias considerar la asistencia a los pacientes de edad avanzada desde un punto de vista multidisciplinar.

Palabras Clave: Urgencia. Ancianos.

INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida en nuestro país, junto con un aumento de la población de edad avanzada tanto en valores absolutos como en porcentaje sobre el to-

ABSTRACT

Geriatric Emergency in Cuenca

Objectives: An increasing number of patients in geriatric age is attended in the Emergency Departments (ED), a trend which will continue due to demographic expectations. The analysis of the process for attending our elder people in relation to adult patients is an essential fact to optimize the assistance to patients in a geriatric age.

Methods: Records from 820 adult patients attended in the ED of the "Virgen de la Luz" Hospital in Cuenca were revised over a year. After a random selection, not only socio-demographic, but also other types of variables in connection with the care process during their stay in our service were collected. The obtained data were compared after having divided the selected patients in adult and elder groups.

Results: Elders being directed from the primary attention services come to our service more frequently than adults, mostly consulting about circulatory, neurological and breathing problems; complementary examinations are more frequently carried out on them, and they also receive more frequently pharmacological treatment using parenteral administration. Elders stay in the ED for longer periods of time, and with higher rates of admission, having also a higher average number of days of stay at the hospital.

Conclusions: Both demographic trends and an increasing number of nursing homes influence the assistance of our elders to the ED. It is a challenge for doctors working in ED to consider the assistance to patients in a geriatric age from a wide range of different disciplines.

Key Words: Emergency. Elderly.

tal de la población¹, ha provocado un aumento en la proporción de pacientes mayores atendidos en los servicios de urgencias tanto hospitalarios como de Atención Primaria. Esto unido a las demandas de una sociedad cada vez más exigente en lo referente a los problemas de salud, hace

que aumente la presión asistencial en los servicios de urgencias.

Se insiste en la literatura^{2,4} que las personas de edad avanzada utilizan mejor los servicios de urgencias hospitalarios que los más jóvenes, basándose en los siguientes hallazgos:

1. Acuden derivados por un médico, es decir, pasan un filtro previo con más frecuencia.
2. El porcentaje de ingreso y la adecuación de ingreso es mayor.
3. La mortalidad en el Servicio hospitalario de Urgencias es mas elevada.
4. Presentan una patología más compleja, siendo necesarias más exploraciones complementarias y exigiendo mayores cuidados, por lo que consumen más recursos sanitarios.

Estos datos generalmente hacen referencia a los hallazgos en los Servicios de Urgencias de hospitales de tercer nivel y de zonas urbanas en las que las características de la población asistida pueden ser diferentes de la que acude a hospitales de primer nivel o que atienden un área más dispersa. En ellos las características de los ancianos atendidos pueden ser también distintas. En un intento de aclarar estos aspectos hemos realizado un estudio retrospectivo en un hospital de segundo nivel que atiende a una población de un área muy dispersa.

MÉTODOS

Este estudio fue realizado en el Hospital Virgen de la Luz de Cuenca, único hospital público de la provincia y por tanto centro de referencia de la práctica totalidad de los centros de salud de ésta. En el Servicio de Urgencias de nuestro hospital se atienden anualmente más de 48.000 urgencias, con un claro aumento de las mismas durante los meses de verano. Durante estos meses la población de la provincia se eleva de forma significativa debido al turismo interior, consecuencia en muchos casos de los fenómenos migratorios que experimentó nuestra provincia entre los años 1960 y 1980.

Hemos realizado un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo para el que se seleccionó una muestra aleatoria de 820 historias de pacientes adultos mayores de 14 años atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Virgen de la Luz durante un año, en el período comprendido entre el 1 de noviembre de 1999 y el 31 de octubre de 2000. La elección de este período de tiempo se hizo para que la puesta en marcha del 061 en nuestra provincia en noviembre de 2000 no interfiriese con los datos, ya que hasta entonces la ciudad de Cuenca carecía de un servicio de ambulancias medicalizadas.

Tras la selección de las historias, se realizó la búsqueda en el archivo del hospital, y cada una de ellas fue analizada a

través de 63 apartados. Se consideraron variables sociodemográficas, motivo de consulta, pruebas complementarias realizadas, administración de fármacos durante su estancia en Urgencias, tiempo de estancia en el Servicio, destino y prescripción de fármacos al alta.

Para ello se dividió la muestra en dos grupos según la edad de los pacientes, considerando ancianos a todos los pacientes con edad igual o mayor de 65 años, y constituyendo el grupo control el resto de pacientes de la muestra, es decir, los pacientes con edades comprendidas entre 15 y 64 años. A la hora de recoger la edad de los pacientes, se utilizó la edad exacta que presentaban éstos en el momento en el que fueron atendidos en Urgencias.

El análisis de los datos extraídos se realizó con los programas estadísticos Epi-Info 6 y SPSS 8.0. Para determinar diferencias entre proporciones se utilizó el análisis de la Chi-cuadrado de Pearson y la prueba exacta de Fischer para frecuencias reducidas. Para la comparación de medias de variables cuantitativas se utilizó la prueba de Student con dos colas, aceptando nivel de significación cuando la *p* era menor de 0,05.

RESULTADOS

La edad media de los pacientes atendidos fue de 53,67 ± 21,52 años, con un porcentaje de mujeres del 54,5%. El porcentaje de pacientes mayores de 64 años fue de 41,4%. De esos 339 pacientes, un 47,2% formaban parte del subgrupo considerado en la literatura como gran anciano, con una edad mayor o igual a 75 años.

Por sexos no hubo diferencias destacables, ya que los pacientes varones mayores de 64 años supusieron un 43,2% (160) del total de pacientes varones de la muestra, frente al 39,2% (175) de mujeres mayores de 64 años sobre el total de mujeres.

En cuanto a la procedencia de los pacientes, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos de edad cuando los pacientes provenían del área urbana, del área rural de poblaciones distantes menos de 50 Km. de nuestro centro hospitalario y de pacientes de otras provincias. Solamente se obtuvieron diferencias cuando los pacientes acudían desde poblaciones situadas a más de 50 Km. del hospital (Tabla 1).

Atendiendo a si los pacientes de la muestra habían sido valorados anteriormente en Atención Primaria, un 58,3% (158) de los pacientes mayores de 64 años, frente a un 41,7% (113) de los menores de esa edad, acudieron a Urgencias derivados desde Atención Primaria (*p* < 0,001).

**TABLA 1. Procedencia de los pacientes**

Procedencia	Adultos (n = 475)		Ancianos (n = 336)		Significación (p)
Urbana	242	(50,9%)	119	(35,4%)	NS
< 50 Km.	58	(12,2%)	57	(17%)	NS
50 Km	170	(35,8%)	155	(46,1%)	p = 0,003
Otra provincia	5	(1,1%)	5	(1,5%)	NS

Se utilizó la Clasificación de Atención Primaria (CIAP-2)⁵ para agrupar los motivos de consulta. Al analizarlos según la edad, sólo se obtuvieron diferencias significativas, entre ancianos y adultos, cuando los pacientes consultaban por problemas circulatorios (grupo K), neurológicos (grupo N) y respiratorios (grupo R), que eran más frecuentes en los primeros (Tabla 2).

Refiriéndonos a la medicación habitual de los pacientes de la muestra, un 78% (263) de los pacientes mayores de 64 años tomaban algún tipo de medicación de forma continuada, frente al 20,2% (96) de pacientes menores de 65 años ($p < 0,001$).

En cuanto a la comorbilidad, un 73,9% de los ancianos de la muestra presentaba alguna enfermedad crónica⁶ cuando fue atendido en Urgencias, frente al 17,5% de pacientes adultos menores de 65 años que la padecían ($p < 0,001$).

Cuando hacemos referencia a las pruebas complementarias, se obtuvieron diferencias significativas entre edades en la realización de hemograma, bioquímica simple, pruebas de coagulación, gasometría, electrocardiograma y pruebas de radiología simple. No hubo diferencias en el caso de realización de otras pruebas de imagen como ecografía y Tomografía Axial Computarizada (TAC), ni en el análisis de orina (Tabla 3).

TABLA 2. Motivos de consulta

Motivo de Consulta	Adultos (n = 480)		Ancianos (n = 339)		Significación (p)
A. Generales e inespecíficos	19	(4,0%)	17	(5,0%)	NS
B. Hematológicos e inmunológicos	3	(0,6%)	1	(0,3%)	NS
D. Aparato digestivo	62	(12,9%)	53	(15,6%)	NS
F. Ojo y anejos	20	(4,1%)	20	(5,9%)	NS
H. Aparato auditivo	15	(3,1%)	5	(1,5%)	NS
K. Aparato circulatorio	18	(3,8%)	35	(10,3%)	p < 0,001
L. Aparato locomotor	151	(31,5%)	75	(22,1%)	NS
N. Sistema nervioso	32	(6,7%)	41	(12,1%)	p = 0,007
P. Problemas psicológicos	17	(3,6%)	2	(0,6%)	NS
R. Aparato respiratorio	27	(5,6%)	47	(13,9%)	p < 0,001
S. Piel y faneras	20	(4,1%)	11	(3,2%)	NS
T. Aparato endocrino	0	(0%)	2	(0,6%)	NS
U/Y. Aparato urinario y genital masculino	20	(4,1%)	23	(6,8%)	NS
W/X. Obstetricia y ginecología	57	(11,8%)	4	(1,2%)	NS
Miscelánea	19	(4,0%)	3	(0,9%)	NS

TABLA 3. Exploraciones complementarias

Exploraciones complementarias	Adultos (n = 480)		Ancianos (n = 339)		Significación (p)
Hemograma	216	(45,0%)	238	(70,2%)	p < 0,001
Coagulación	171	(36,2%)	227	(67,0%)	p < 0,001
Bioquímica	208	(43,3%)	229	(67,5%)	p < 0,001
Gasometría	38	(8,0%)	96	(28,3%)	p < 0,001
Orina	75	(15,6%)	64	(19,0%)	NS
ECG	121	(25,2%)	179	(52,8%)	p < 0,001
Rx simple	284	(59,2%)	252	(74,3%)	p < 0,001
Ecografía	17	(3,6%)	15	(4,4%)	NS
TAC	13	(2,7%)	14	(4,1%)	NS

TABLA 4. Vía de administración de fármacos

Vía de administración	Adultos (n = 480)		Ancianos (n = 339)		Significación (p)
Oral	22	(4,58%)	19	(5,60%)	NS
Parenteral	129	(26,87%)	149	(43,95%)	p < 0,001
Tópica	21	(4,37%)	20	(5,90%)	NS
Inhalatoria	14	(2,91%)	42	(12,39%)	p < 0,001
Sublingual	3	(0,62%)	9	(2,65%)	p = 0,01

Cuando nos referimos a la administración de fármacos en Urgencias, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre pacientes adultos y ancianos, ya que recibieron tratamiento farmacológico en nuestro Servicio un 35,8% del total de pacientes adultos frente al 54,6% de pacientes ancianos (p < 0,001)

En cuanto a la vía de administración de los fármacos, no se obtuvieron diferencias significativas cuando los fármacos se administraron vía oral y tópica. Por el contrario, sí hubo diferencias en las otras vías de administración, recibiendo los pacientes ancianos más frecuentemente fármacos vía parenteral, inhalatoria y sublingual (Tabla 4).

Los fármacos administrados se clasificaron según la Clasificación Anatómica de Medicamentos⁷. Al analizar su administración en Urgencias, se obtuvieron diferencias por segmentos de edad en los grupos farmacológicos relacionados con el Aparato Digestivo y Metabólico (grupo A), Sangre y Órganos Hematopoyéticos (grupo B), Aparato Cardiovascular (grupo C), Antiinfecciosos (grupo J), Aparato

Respiratorio (grupo R) y en la administración de sueroterapia (Tabla 5).

Cuando hacemos referencia al destino de los pacientes de la muestra desde Urgencias según su edad, el porcentaje de ingreso en planta fue para los adultos de un 20,83%, frente al 37,16% de tasa de ingreso de los pacientes ancianos (p = 0,019).

En el caso de la utilización de la Sala de Observación, un 29,8% de pacientes ancianos pasaron por ella antes del alta o el ingreso, frente al 14,8% de los adultos, siendo estas diferencias estadísticamente significativas (p < 0,001).

Los pacientes adultos permanecieron en Urgencias una media de 3,10 horas, frente a las 4,03 horas de media de estancia en Urgencias de los pacientes ancianos, siendo estas diferencias estadísticamente significativas (p < 0,001).

En el caso de los días de ingreso en planta hospitalaria, los pacientes adultos permanecieron ingresados una media de 6,45 días, frente a los 9,38 días de media de ingreso en planta de los pacientes ancianos (p = 0,006).

No se obtuvieron diferencias significativas cuando hace-

**TABLA 5. Administración de fármacos en Urgencias**

Grupo Anatómico-Terapéutico	Adultos (n = 480)		Ancianos (n = 339)		Significación (p)
A. Aparato digestivo y metabólico	28	(5,8%)	37	(10,9%)	p = 0,012
B. Sangre y órganos hematopoyéticos	6	(1,2%)	14	(4,1%)	p = 0,011
C. Aparato cardiovascular	8	(1,7%)	36	(10,6%)	p < 0,001
D. Dermatológicos	5	(1,0%)	4	(1,1%)	NS
G. Genitourinarios y hormonas sexuales	0	(0%)	1	(0,3%)	NS
H. Preparados hormonales sistémicos	10	(2,1%)	13	(3,8%)	NS
J. Antiinfecciosos vía general	10	(2,1%)	16	(4,7%)	p = 0,042
L. Antineoplásicos	0	(0%)	0	(0%)	NS
M. Aparato locomotor	8	(1,7%)	8	(2,4%)	NS
N. Sistema Nervioso Central	93	(19,4%)	78	(23,0%)	NS
P. Antiparasitarios	0	(0%)	0	(0%)	NS
R. Aparato respiratorio	19	(4,0%)	45	(13,3%)	p < 0,001
S. Órganos de los sentidos	18	(3,8%)	14	(4,1%)	NS
Sueroterapia	49	(10,2%)	61	(18%)	p = 0,002

mos referencia al tratamiento pautado a los pacientes enviados a su domicilio desde Urgencias, ya que a un 66,5% de los pacientes adultos, frente a un 68,1% de los ancianos, les fue prescrito tratamiento farmacológico al alta desde Urgencias.

Atendiendo a los fármacos pautados al alta desde Urgencias, clasificados por Grupos Anatómico-terapéuticos, no se obtuvieron diferencias significativas en ninguno de los grupos anteriormente citados (Tabla 6).

DISCUSIÓN

Las características demográficas de la población de nuestra provincia condicionan la asistencia en un servicio tan demandado y con tanta presión asistencial como el servicio de urgencias de nuestro centro. Frente a los porcentajes de pacientes mayores de determinados centros y las expectativas de envejecimiento de la población^{8,9}, la asistencia al paciente de edad avanzada presenta, en el servicio de Urgencias del Hospital Virgen de la Luz, aspectos diferenciales. En primer lugar, el porcentaje de pacientes mayores de 64 años de nuestra provincia supera significativamente tanto la media del territorio Insalud como la proporción de ancianos de las poblaciones de referencia de los estudios consultados¹. Igualmente, el por-

centaje de pacientes ancianos de la muestra es claramente superior a la proporción de ancianos atendidos en Urgencias según los mismos trabajos.

El bajo porcentaje de pacientes derivados desde Atención Primaria podría reflejar, que pese a la elevada demanda de los Servicios de Urgencias dependientes de Atención Primaria de la provincia, la urgencia hospitalaria es, en numerosos casos, un servicio muy demandado por los pacientes de nuestra área de salud. La percepción de los pacientes de que un problema de salud constituye, en un determinado momento, una situación "urgente" condiciona que acudan por iniciativa propia¹. En diferentes trabajos se confirma que la frecuentación de los servicios de urgencias por los ancianos es similar o incluso menor que los pacientes adultos¹⁰. El hecho de que los ancianos son más frecuentemente derivados desde Atención Primaria que los adultos apoyaría esta teoría.

La utilización de la Clasificación Internacional de la Atención Primaria (CIAP-2)⁵ a la hora de agrupar los motivos de consulta, hace que se consiga una estratificación más completa que la utilizada en estudios similares, aunque coincidimos con otros autores¹⁰, que pese a no estar diseñada para la urgencia hospitalaria, en ausencia de una clasificación específica para este tipo de servicios, se puede considerar válida.

Los aspectos diferenciales en los motivos de consulta en-

TABLA 6. Prescripción de fármacos al alta

Grupo Anatómico-Terapéutico	Adultos (n = 480)		Ancianos (n = 339)		Significación (p)
A. Aparato digestivo y metabólico	38	(7,9%)	32	(9,4%)	NS
B. Sangre y órganos hematopoyéticos	2	(0,4%)	4	(1,2%)	NS
C. Aparato cardiovascular	0	(0%)	11	(3,2%)	NS
D. Dermatológicos	6	(1,2%)	5	(1,5%)	NS
G. Genitourinarios y hormonas sexuales	0	(0%)	0	(0%)	NS
H. Preparados hormonales sistémicos	1	(0,2%)	1	(0,2%)	NS
J. Antiinfecciosos vía general	33	(6,9%)	22	(6,5%)	NS
L. Antineoplásicos	0	(0%)	0	(0%)	NS
M. Aparato locomotor	89	(18,5%)	38	(11,2%)	NS
N. Sistema Nervioso Central	150	(31,2%)	83	(24,5%)	NS
P. Antiparasitarios	1	(0,2%)	0	(0%)	NS
R. Aparato respiratorio	7	(1,5%)	7	(2,1%)	NS
S. Órganos de los sentidos	18	(3,7%)	12	(3,5%)	NS

tre los pacientes en edad adulta y los ancianos de nuestra muestra corroboran los resultados publicados anteriormente en diferentes estudios^{6,10}, confirmando que en numerosas ocasiones las causas que llevan a los pacientes a los servicios de urgencias, difieren según la edad¹¹.

Las diferencias observadas respecto a la presencia de enfermedades concomitantes y la toma de medicación de forma habitual entre los dos grupos de pacientes confirman las diferencias esperadas de acuerdo a la bibliografía consultada⁶, indicando que los ancianos consumen más fármacos y presentan mayor comorbilidad que los más jóvenes.

Cuando analizamos la realización de pruebas complementarias, éstas se realizan más frecuentemente en ancianos, cuando nos referimos a pruebas de laboratorio y radiología simple. En contra de lo que pudiera sospechar *a priori*, llama la atención que no hay diferencias en la realización de pruebas especiales de radiología, como ecografía y tomografía, coincidiendo con datos publicados con anterioridad por otros autores¹⁰. Esto hace pensar que el número de enfermos mayores disminuiría en mayor proporción que los más jóvenes, si existiese la posibilidad de hacer exploraciones complementarias elementales de forma rápida en los servicios de urgencias extrahospitalarios.

En el caso de la administración de fármacos en urgencias,

en general, los pacientes ancianos reciben más fármacos de prácticamente la totalidad de los grupos farmacológicos. Un aspecto novedoso de nuestro estudio constituye el análisis de la vía de administración de la medicación pautaada en Urgencias. Sólo se obtuvieron diferencias en la administración de fármacos vía inhalatoria, sublingual y parenteral, constituyendo esta última la vía más frecuentemente utilizada.

La afirmación de algunos estudios de que la ausencia de protocolos específicos para ancianos en Urgencias conduce, en numerosas ocasiones, a la hospitalización¹² se confirma en muchos casos según los porcentajes de ingreso publicados para pacientes ancianos. Las tasas de ingreso de nuestro estudio no deben ser analizadas sin conocer las características sociodemográficas de nuestro área de salud. La dispersión de la población en una superficie tan extensa y la realidad de que una parte importante de nuestra población de referencia se encuentra situada a más de 80 Km. de un centro hospitalario, influyen decisivamente en el destino de los pacientes desde el servicio de Urgencias. Pensamos que este dato es difícilmente extrapolable a hospitales de nuestro nivel pero situados en otras provincias con diferentes características sociodemográficas. Pese a estas características diferenciales, las tasas de ingreso no difieren en gran medida de las publicadas en otros estudios¹.



La estancia de los pacientes en Urgencias y las diferencias observadas entre ancianos y adultos, se explican por una parte por la mayor frecuencia de realización de pruebas complementarias en ancianos y por la mayor complejidad tanto de los motivos de consulta como del proceso de atención de este grupo de pacientes. Los trámites de traslado a domicilio cuando no se decide ingreso en planta, constituyen sin duda un tiempo añadido de estancia en Urgencias, ya que una parte importante de los ancianos atendidos acuden utilizando ambulancias. Los pacientes ancianos presentan unas estancias, ya en planta, significativamente más elevadas que los adultos, con casi 3 días más de estancia media, pudiendo sugerir esto un uso más racional de los recursos por parte de la población anciana.

Al igual que se han observado diferencias en la administración de fármacos en Urgencias, cuando se analiza la prescripción de medicación al alta, no hay diferencias ni en los datos globales de prescripción ni en el análisis de los grupos farmacológicos.

La elevada frecuentación por los pacientes ancianos de los servicios de urgencias podría estar influida por la insuficiente dotación de los servicios sociales tanto de cuidados como de apoyo, una vez que los pacientes son enviados a su domicilio¹³. Con frecuencia se utilizan los servicios de urgencias tanto como canalización de la asistencia urgente, como servicio médico de Atención Primaria por adultos y ancianos.

Estudios realizados en diferentes países^{14,15} hacen mención de un nuevo aspecto de la atención al anciano en urgencias como es la "detección del anciano de riesgo", tanto por los servicios de Atención Primaria como a su llegada a urgencias.

Así se podría optimizar la asistencia inmediata prestada, al igual que el seguimiento posterior una vez que el paciente abandona el hospital.

Las diferencias entre especialistas en Geriátrica y los médicos de Urgencias, tanto en formación como en habilidades e intereses, son evidentes. Sin embargo, las tendencias demográficas y la utilización de los servicios Urgencias en los próximos años, harán aconsejable para los médicos que las atienden el perfeccionamiento de conocimientos sobre los aspectos diferenciales de la atención a los ancianos en los servicios de Urgencias.

Todos estos datos avalan la teoría de varios autores^{6,16,17} que destacan la necesidad de aumentar tanto los recursos materiales como humanos en los servicios de urgencias para mantener el presente nivel de atención a nuestros ancianos. En cierto modo, los médicos de urgencias estamos obligados a replantearnos el cuidado ofrecido a los ancianos, y lo que tanto ellos como sus familias esperan de nosotros.

AGRADECIMIENTOS

Nuestro agradecimiento al Dr. Manuel S. Moya Mir, coordinador del Servicio de Urgencias de la Clínica Puerta de Hierro de Madrid, por su colaboración en el diseño y ejecución del estudio.

Queremos agradecer tanto al doctor CL Villamor Sánchez como al personal de enfermería del Servicio de Urgencias del Hospital Virgen de la Luz su inestimable ayuda, sin la que no hubiese sido posible la realización de este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Loweinstein SR, Crescenzi CA, Kern DC. Care of the elderly in the emergency department. *Ann Emerg Med* 1986;15:528-35.
- 2- Barzagan M, Barzagan S, Baker RS. Emergency department utilization, hospital admission, and physician visits among elderly African American persons. *Gerontologist* 1998;38:25-36.
- 3- Ministerio de Sanidad y Consumo. Memoria anuario del Insalud. Madrid 1999.
- 4- Plan de Salud de Castilla-La Mancha 1995-2000, de la Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. 1995.
- 5- Clasificación Internacional de la Atención Primaria. CIAP-2. Comité Internacional de Clasificación de la WONCA. Barcelona, Masson 1999.
- 6- Singal BM, Hedges JR, Rousseau EW, Sanders AB, Bernstein E, McNamara RM, et al. Geriatric patient emergency visits. Part I: Comparison of visits by geriatric and younger patients. *Ann Emerg Med* 1992;21:802-27.
- 7- Orden del 13 de Mayo de 1985 por la que actualiza la clasificación anatómica de medicamentos. BOE 1985;121:14584-6.
- 8- Ortiz Alonso. Ancianos vulnerables en los servicios de Urgencias. *Ann Med Interna* 1998;15:347-8.
- 9- Madden C, Garret J, Basby-Waterhead J. The interface between nursing homes and emergency departments: a community effort to improve transfer of information. *Acad Emerg Med* 1998;5:1123-6.
- 10- Rodríguez Artalejo F, González Montalvo JI, Sanz Segovia F, Jaramillo Gómez E, Banegas Banegas JR, Rodríguez Manas L, et al. La urgencia geriátrica frente a la urgencia en la edad adulta: análisis retrospectivo de las urgencias médicas de un hospital general. *Med Clin (Barc)* 1989;93:411-4.
- 11- Ethinger WH, Casani JA, Coon PJ, Harti G. Patterns of use of the emergency department by elderly patients. *J Gerontol* 1987;42:638-42.
- 12- Albarede JL. L'urgence medicale et les personnes âgées: de la médecine a la gériatrie. *Rev Med Interne* 1998;19:83-4.
- 13- Marín Gámez N, Kessel Sardinias H, López Martínez G,

Barnosi Marín A, Montoya Vergel J, Navarro Corral A, et al. Viejos, pobres, solitarios y marginados: vulnerabilidad geriátrica en un servicio de urgencias. *An Med Interna* 1998;15:349-52.

14- McCusker J, Cardin S, Bellavance F, Belzile E. Return to the emergency department among elders: patterns and predictors. *Acad Emerg Med* 2000;7:249-59.

15- McCusker J, Bellavance F, Cardin S, Trépanier S. Screening

for geriatric problems in the emergency department: reliability and validity. *Acad Emerg Med* 1998;5:883-93.

16- Scott IA. Care of older people in acute care hospitals: do we know how? *Med J Aust* 1999;171:485-8.

17- Stahters GM, Delpech V, Raftos JR. Factors influencing the presentation and care of the elderly people in the emergency department. *Med J Aust* 1992;156:197-200.