

ARTÍCULO ESPECIAL

Aprender, desaprender y reaprender para asistir ancianos en urgencias: el secreto del cambioMireia Puig Campmany^{1,2}, Marta Blázquez Andión^{1,2}, Josep Ris Romeu^{1,3}

El importante cambio demográfico, con el incremento de personas ancianas con multimorbilidad y dependencia funcional, conlleva un aumento de presión sobre los servicios de urgencias (SUH). En esta población, la atención clásica desarrollada en los SUH no es resolutoria, comporta riesgos para las personas, implica tasas altas de ingreso y contribuye a aumentar la saturación del propio SUH. Las sociedades científicas recomiendan incorporar estrategias de valoración geriátrica en el SUH a cargo de equipos multidisciplinares, y procurar entornos seguros. Una organización de este estilo requiere de un profundo cambio del propio servicio, de sus profesionales y de las conexiones con el entorno post-hospitalario. Exponemos la experiencia del SUH de un hospital terciario y los mecanismos utilizados para conseguir ese cambio. El objetivo es garantizar que el equipo del SUH lleve a cabo unos cuidados y un diagnóstico y tratamiento correctos de los procesos urgentes en la población anciana, tome decisiones ajustadas a las necesidades clínicas, sociales, funcionales, a los deseos del paciente y su familia, y elija el entorno de tratamiento mejor en cada caso. Todo ello son cambios imprescindibles para atender adecuadamente una nueva demanda, conseguir resultados óptimos para los pacientes y para el funcionamiento del SUH y del hospital.

Palabras clave: Urgencias. Ancianos. Morbilidad. Fragilidad.

Learn, unlearn, and learn again: the secret to changing how elderly patients are attended in the emergency department

The demographic shift toward ever greater numbers of older patients with multiple conditions and functional dependency has increased pressure on emergency departments (EDs). The traditional approach to emergency treatment does not resolve problems in this population, creates risk, leads to high admission rates, and collapses the ED itself. Medical associations recommend that multidisciplinary teams incorporate geriatric assessment strategies and procure safe care environments. Implementing such recommendations will require profound changes in ED processes and staff and in connections between the ED and the community the patient is discharged to. This paper describes the processes we used in our tertiary-care hospital to achieve the necessary level of change. Our aims were to ensure that the ED staff provides correct diagnoses and treatments for elderly patients; bases decisions on the patients' clinical, social and functional needs and the preferences of both patient and family; and arranges for the most appropriate treatment environment in each case. All these changes were essential for properly addressing new care demands while achieving optimal patient outcomes and contributing to better ED and hospital performance.

Keywords: Emergency health services. Aged. Morbidity. Frail elderly.

“El secreto del cambio es enfocar toda tu energía no en luchar contra lo viejo, sino en construir lo nuevo”

Sócrates

Justificación

En los últimos treinta años hemos asistido a la evolución y crecimiento de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH). El paradigma actual es un SUH jerarquizado y con intensa protocolización, que dispone de triaje estructurado estandarizado y universal para priorizar la atención. Una atención que debe ser a cargo de profesionales expertos con competencias diagnósticas y habilidades instrumentales propias de la especialidad. Los SUH han buscado nuevas estrategias de gestión, como la organización en áreas de visita por distintos niveles, áreas de observación, unidades de estancia corta e incluso unidades de semicríticos¹⁻³. Como otros servi-

Filiación de los autores:

¹Servicio de Urgencias, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.

²Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España.

³Proceso de Atención Urgente, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.

Contribución de los autores:

Los autores han confirmado su autoría en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de los derechos a EMERGENCIAS.

Autor para correspondencia:

Mireia Puig Campmany
Servicio de Urgencias
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Carrer de Sant Quintí, 89
08041 Barcelona, España.

Correo electrónico:

mpuigc@santpau.cat

Información del artículo:

Recibido: 20-8-2019

Aceptado: 12-10-2019

Online: 4-2-2020

Editor responsable:

Juan González del Castillo

cios hospitalarios, los SUH se han implicado en tareas docentes y de investigación^{4,5}. Todo ello ha mejorado sustancialmente la atención que proveen. Sin embargo, como también sucede en otros países, la saturación sigue siendo un problema importante, que se ha relacionado ampliamente con peores resultados en salud⁶⁻⁸.

Mientras estábamos ocupados en todo lo anterior y de manera gradual, aunque muy rápida, se ha producido un cambio importante. Los datos demográficos y epidemiológicos muestran un aumento progresivo de la edad y las necesidades de salud de la población. Las personas ancianas, vulnerables, con enfermedades crónicas, multimorbilidad, dependencia o enfermedades oncológicas activas presentan alta demanda de atención médica, especialmente en los SUH⁹⁻¹³. Se ha observado también que las personas con enfermedades crónicas, a los que se suma una limitación funcional en su capacidad para cuidarse o realizar tareas diarias rutinarias como comprar o cocinar, tienen patrones de uso y

gasto de asistencia sanitaria diferente de la que se observa en pacientes con tres o más enfermedades crónicas, pero sin limitación funcional^{10,14}. De esta manera, los pacientes de más de 60 años representan ya el 20-25% de las consultas en los SUH. Comparado con el resto de pacientes, los ancianos más a menudo llegan en ambulancia, su tiempo de estancia es superior, así como su tasa de ingreso¹⁵. Sabemos también que cuando ingresan, su estancia en el hospital es un 20% más larga y reciben un 50% más de pruebas diagnósticas que otros pacientes¹⁵. La asistencia que venimos desarrollando en los SUH se muestra muy poco útil en este grupo de población. En los ancianos, el triaje es poco sensible en discriminar enfermedades potencialmente graves y las enfermedades frecuentes tienen presentaciones atípicas, hechos ambos que comportan un infra-diagnóstico^{16,17}. Los profesionales precisan de competencias específicas para poder establecer planes diagnósticos y tratamientos seguros y eficaces, y desde el primer momento deben tenerse en cuenta aspectos sociales y funcionales. Desde el punto de vista estructural, los SUH convencionales son áreas de riesgo para la población vulnerable a consecuencia del ruido, la falta de descanso y la desconexión con el entorno familiar habitual. Se ha demostrado un incremento de iatrogenia y síndromes geriátricos asociados a la estancia en el SUH^{18,19}. Finalmente, el manejo habitual enfocado al problema único de salud no es resolutivo, genera largas esperas de los ancianos en los SUH, una tasa muy alta de ingresos, reconsultas y reingresos, y contribuye de manera muy importante a aumentar la saturación^{20,21}. De manera contradictoria, frente a este reto, seguimos respondiendo con los 'viejos' mecanismos.

Por todo ello, es preciso un cambio de paradigma. Preservando el importante desarrollo de los SUH, es preciso evolucionar, e incorporar nuevas estrategias organizativas que enfrenten el importante cambio demográfico. En 2013, el American College of Emergency Physicians (ACEP) publicó las primeras guías de práctica clínica dirigidas a adaptar o 'geriatrizar' los SUH para conseguir una asistencia de calidad y resolutiva en los pacientes ancianos. Sin embargo, más de cinco años después, son pocos los SUH en todo el mundo que han incorporado iniciativas en este sentido. Para incentivar esta implantación, el ACEP generó la acreditación GEDA (Geriatric Emergency Department Accreditation) en abril de 2018, que certifica los SUH con intervenciones geriátricas de impacto en pacientes.

Los estudios muestran las ventajas de desarrollar este tipo de estrategias, directamente relacionadas con mejoras para los propios pacientes y también para las organizaciones (estancias más cortas, menos efectos adversos, reducción de ingresos y reingresos²²⁻²⁵). En estos trabajos hallamos distintos modelos de adaptación de los SUH^{24,26}. Una opción es proveer equipos geriátricos expertos que acuden a demanda al SUH, en horario diurno. Tales intervenciones tienen los inconvenientes de centrarse en un número seleccionado de pacientes y no en todos los pacientes frágiles del SUH^{24,27}. En cambio, las experiencias de evaluación geriátrica integral

(EGI) llevadas a cabo por los propios profesionales del SUH son más inclusivas y pueden llegar a todos los pacientes, aunque todavía son minoría.

El SUH y el Proceso de Atención Urgente del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (HSCSP) han desarrollado progresivamente un Programa de Atención a la Fragilidad (PAF, 2011-2019) para atender las necesidades de los pacientes más vulnerables. El proyecto involucra diferentes disciplinas y unidades hospitalarias, y colaboración con otros proveedores de salud del área. Ha recibido diversos reconocimientos nacionales e internacionales, y recientemente ha sido merecedor de la primera acreditación internacional GEDA fuera de EE.UU. y Canadá. Por ello, hemos creído de interés detallar nuestra experiencia en el presente artículo.

Descripción del Programa de Atención a la Fragilidad

Bases del programa

El PAF tiene tres líneas de acción principales. La primera es la inclusión de los procedimientos de evaluación geriátrica integral (EGI) multidisciplinar en el servicio de urgencias, bajo la responsabilidad de los propios profesionales del SUH (médicos, enfermeros, farmacéutico y trabajador social), que garantiza la aplicación sistemática (24 horas x 7 días). En segundo lugar, se desarrolló un proyecto conjunto con el resto de proveedores de salud del territorio, que permite la transferencia directa y precoz desde el SUH a centros sociosanitarios, hospitalización domiciliaria, residencias y PADES (Programa d'Atenció Domiciliària i Equips de Suport) del entorno. Por último, se ha creado una nueva área dentro del SUH adaptada estructuralmente a los pacientes más vulnerables.

Las bases generales del programa, son: 1) realizar una EGI adaptada a urgencias, sistemática, en no más de 5-6 minutos, en los pacientes frágiles que consultan en el SUH, y que guíe la intensidad diagnóstica y terapéutica (24 horas x 7 días); 2) mantener a los pacientes en un entorno adaptado para prevenir los síndromes geriátricos incidentales mientras estén en el SUH, en un esfuerzo por garantizar estancias de calidad que promuevan la recuperación; 3) garantizar que todos los pacientes que pueden beneficiarse de alternativas a la hospitalización puedan ser dados de alta y evitar la hospitalización terciaria; y 4) obtener una salida precoz, evitando estancias prolongadas en el SUH y los riesgos que comportan.

Describimos a continuación nuestra experiencia en el diseño y la implementación del programa como modelo para otras organizaciones que deseen desarrollar un programa similar.

El HSCSP es un hospital terciario universitario con 550 camas y un área de referencia de 407.000 habitantes. En diferentes dispositivos hospitalarios (urgencias, psiquiatría, ginecología y obstetricia y oftalmología), más de 120.000 pacientes adultos reciben

atención cada año. De ellos, aproximadamente 91.000 pacientes/año son tratados en el servicio de urgencias del adulto siendo el 41% pacientes mayores de 65 años.

Objetivos del programa

El objetivo general es brindar atención urgente integral y multidisciplinaria de alta calidad, enfocada en la fragilidad, aplicada de manera universal y estandarizada desde el momento del primer contacto con el SUH. Los objetivos específicos, son:

- Mejorar la calidad de la atención: aumentar la satisfacción del paciente y de la familia, aumentar la seguridad del paciente, aumentar la resolución y la eficiencia de la atención, disminuir las estancias en el SUH, detectar síndromes geriátricos y trastornos relacionados con la edad.
- Reducir costes: disminuir los ingresos hospitalarios y sus riesgos inherentes, acortar estancias en el SUH y disminuir la saturación del SUH.

Diseño del programa

El programa fue diseñado sobre tres pilares principales²⁸:

Adaptar el SUH para abordar la fragilidad (geriatrización del SUH)

Se pretende garantizar que los pacientes más vulnerables reciban un proceso adecuado de toma de decisiones basado en una evaluación exhaustiva de sus necesidades clínicas, funcionales y sociales, incluyendo sus preferencias.

Se implementó un cribado de poblaciones vulnerables en triaje, a los que se aplicaba una selección de herramientas de evaluación geriátrica de eficacia demostrada en el SUH. Se consiguió la integración de trabajo social y farmacia al equipo asistencial de urgencias.

Junto con la unidad de geriatría, se realizó un diseño exhaustivo de diferentes aspectos enumerados a continuación de la A a la G.

A) Selección de triaje de la población diana.

La selección de triaje es un tema crítico, ya que define la población diana. El objetivo es identificar una población vulnerable que pueda recibir atención adaptada y ser colocada en circuitos específicos para pacientes internados y ambulatorios. Sin embargo, no es el objetivo realizar una evaluación exhaustiva de la fragilidad^{26,29}.

En Cataluña, en 2011, el CatSalut definió al paciente complejo crónico (PCC) y al paciente con enfermedad crónica avanzada (MACA, *malaltia crònica avançada*) e impulsó su identificación en atención primaria en toda la población. El PCC define un perfil de cronicidad, con morbilidad múltiple o una condición única que conduce a un manejo clínico difícil (aproximadamente 2-3% de la población). El término MACA define un pronóstico limitado de vida, salud de alta necesidad

y necesidades paliativas (1-2% de la población). El propósito de la identificación es el desarrollo de estrategias de atención médica proactivas en diferentes niveles de atención médica. En ambos casos, los pacientes se identifican en su historia clínica de atención primaria con una marca. En Cataluña, el historial médico del paciente es compartido por todos los proveedores de atención médica (historia clínica compartida de Catalunya, HC³), que facilita la transmisión de información clínica entre diferentes proveedores de salud.

Se incluyeron las siguientes modificaciones en el triaje: 1) se modificó la estación de trabajo clínica computarizada (ETC) del SUH, para que genere una alerta de clasificación para cada paciente que llega al SU y está marcado en HC³ como PCC o MACA; 2) se creó una marca de 'paciente vulnerable o frágil' en la ETC del SUH, siendo el enfermero de triaje quien hace la marca inicial; y 3) para garantizar la selección de pacientes vulnerables que no fueron identificados previamente por CatSalut, se agregó un segundo paso, de manera que el enfermero puede marcar internamente todos aquellos pacientes que no están identificados como PCC o MACA, y que tienen insuficiencia orgánica avanzada, demencia o deterioro cognitivo, dependencia, discapacidad visual o auditiva, enfermedad psiquiátrica, enfermedad oncológica activa.

B) La atención adaptada en todos los pacientes marcados implica las siguientes acciones (Figura 1).

- Realizar una EGI multidisciplinaria, por médicos y enfermeros del SUH, con intervención del trabajador social y el farmacéutico cuando sea necesario^{19,30,31}.
- Evaluación del riesgo de ingreso con la escala ISAR³².
- Detección sistemática de deterioro cognitivo con la prueba 4MT^{33,34}.
- Detección inicial del delirio, repetida cada 8 horas, con la escala b-CAM (brief-Confusion Assessment Method)³⁵.
- Manejo cuidadoso del dolor, con la inclusión de escalas apropiadas para pacientes no comunicativos (Escala Abbey).
- Protocolos clínicos específicos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades en ancianos.
- Protocolización de cuidados al final de la vida.
- Conciliación de medicamentos inicial y en el momento del alta hospitalaria realizada por médicos de urgencias con la intervención del farmacéutico cuando sea necesario.

C) Integración de los trabajadores sociales y farmacia en el proyecto.

Un trabajador social (de lunes a viernes de 8.00 a 22.00 horas) y un farmacéutico (de lunes a viernes de 8.00 a 17.00 horas) participan, con actividades propias y bajo consulta clínica.

D) Integración de especialidades clínicas.

Las especialidades clínicas que colaboran en el SUH se incluyeron en el programa de forma que integradas en los circuitos y procedimientos establecidos.

E) Plan de cuidados específico.

Implementación de un plan de cuidados desarrollado *ad hoc* para la prevención de síndromes geriátricos

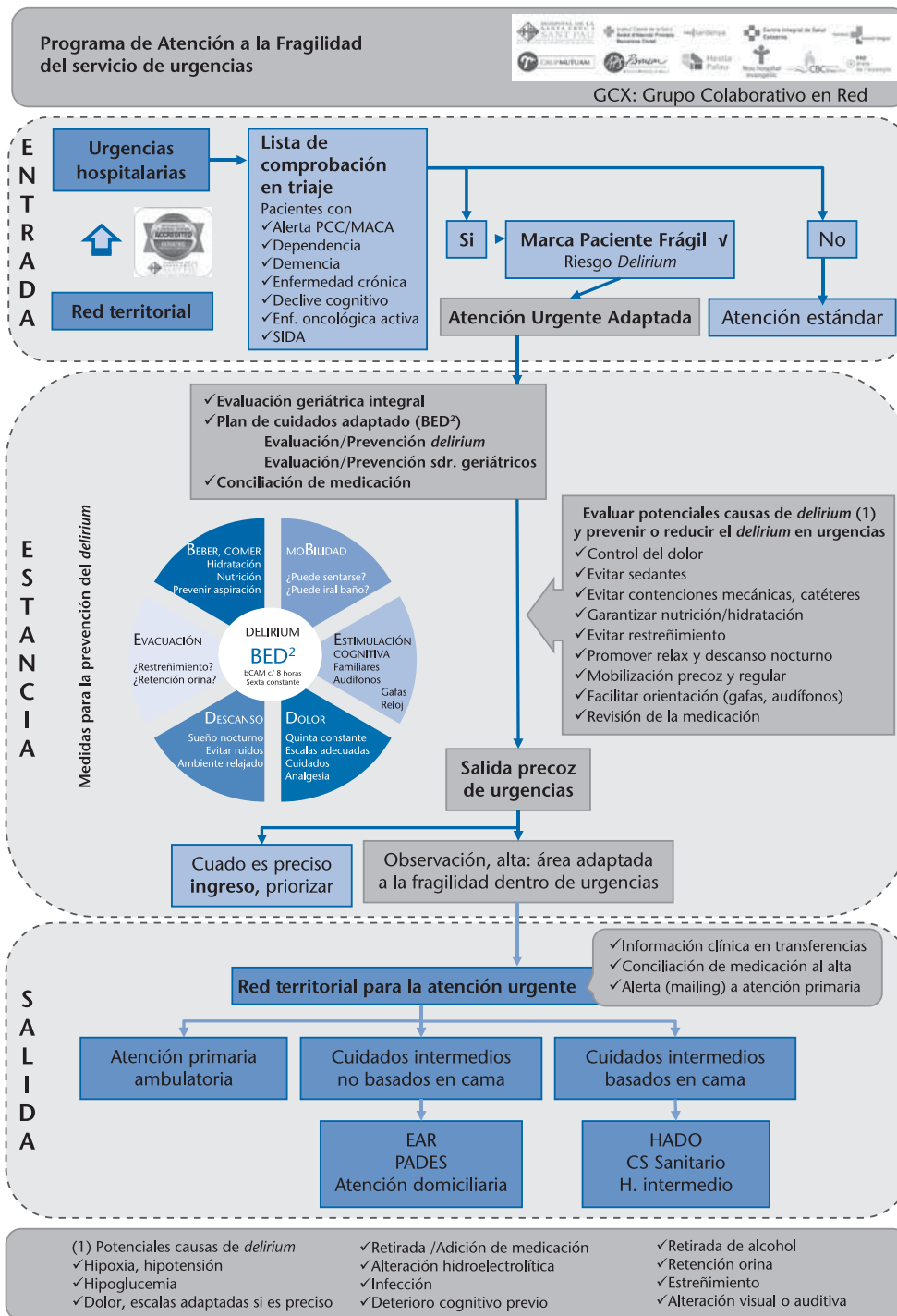


Figura 1. Algoritmo de Flujo.

PCC: Paciente del Complejo Crónico; MACA: Paciente con Enfermedad Crónica Avanzada; BED: Plan de cuidados representado; EARS: Equipos de Atención residencial; HADO: hospitalización a domicilio; PADES: Programa de Atención Domiciliaria y Equipos de Soporte; CSS: Centro Sociosanitario.

incidentales en el SUH (delirio, estreñimiento e inmovilidad) (Figura 1).

F) Programa formativo.

Se llevó a cabo un programa de capacitación para los médicos y residentes del SUH, enfermeros, auxiliares, celadores y personal administrativo.

G) Desarrollo de nuevos indicadores para monitorizar la actividad.

Configuración de un área estructuralmente adaptada dentro del SUH

Para las personas frágiles, estar en el servicio de ur-

gencias es una experiencia negativa y puede desencadenar ciertos síndromes geriátricos. Una estructura adecuada, combinada con cuidados y procedimientos específicos, puede minimizar el riesgo. Permanecer en estas áreas, incluso durante unas pocas horas, ayuda a prevenir el delirio incidental en pacientes frágiles y mejora su bienestar³⁶. La nueva área, compuesta de 13 camas, funciona las 24 horas del día todos los días del año. Se ha dotado con dos enfermeros y un auxiliar por turno, y se ha incrementado la plantilla de adjuntos del SUH con un médico más de 8 a 21 horas. Ha sido dotada con los siguientes elementos:

- Elementos de insonorización (paredes y cortinas) y sonda para detección de incremento de sonido.
- Luz de día e iluminación ajustable artificial, pilotos ajustables de luz individual, de baja intensidad en la cabecera de la cama del paciente para pequeños procedimientos de enfermería durante la noche.
- Colores que absorben la luz para evitar el deslumbramiento en pacientes con trastornos visuales.
- Muebles: una cama articulada eléctricamente y autoajustable, un colchón viscoelástico, una mesita de noche para objetos personales, una silla reclinable para acompañantes o para el paciente y sillas adicionales para familiares en la unidad.
- Un timbre de aviso al personal en cada box.
- Temperatura del aire superior a la temperatura estándar del hospital.
- Baño adaptado.
- Ayudas para caminar para uso del paciente.

Promover la integración del SUH en una red de salud pública en un modelo de atención de urgencia compartido territorial

La ciudad de Barcelona está dividida administrativamente por CatSalut en 4 áreas (AIS Barcelona Eixample-Dreta, AIS Barcelona Nord, AIS Barcelona Litoral y AIS Barcelona Eixample-Esquerra). El HSCSP es el hospital de referencia en AIS Barcelona Eixample-Dreta. Además, diferentes proveedores públicos de salud operan en el área (atención primaria, hospitales de atención intermedia (HAI), hospitalización domiciliaria, equipos geriátricos especializados en residencias). El modelo desarrollado busca garantizar que siempre que se decida que el alta o la hospitalización en un entorno no terciario es el mejor destino, el paciente pueda ser trasladado lo antes posible para completar la atención urgente. Por lo tanto, la alianza estratégica con los otros proveedores de salud del área es una piedra angular de este modelo^{37,38}. La relación comenzó en 2009 con un solo HAI y ha crecido, con todos los HAI de AIS Barcelona Eixample-Dreta y más tarde con los otros proveedores (hospitalización domiciliaria, equipos de atención residencial, cuidados paliativos en el hogar y atención primaria). El volumen de referencias a cada proveedor ha aumentado, especialmente a los hospitales intermedios, y ha llevado a estos a adaptarse a las necesidades de los pacientes del SUH. También se ha trabajado para mejorar la conexión con la atención primaria, para asegurar la continuidad de la atención después del alta.

Algoritmo de flujo

El proceso de cuidado se resume en las Figura 1. El primer nudo en el proceso es el triaje. En todos los pacientes con una situación emergente, el triaje es inmediato, el paciente recibe tratamiento y la evaluación de fragilidad se aplaza. En todos los demás casos, el triaje selecciona la población diana. Los pacientes frágiles o vulnerables, seleccionados a través de una marca en la ETC, recibirán atención adaptada. Esta atención incluye EGI, decisiones diagnósticas y terapéuticas adaptadas a sus necesidades y un plan de atención de enfermería específico.

Dependiendo de la evaluación integral, después de la primera visita, el paciente se ubica en diferentes áreas de observación dentro del SUH, priorizando la continuidad del plan de atención específica y minimizando la duración de la estancia. Los pacientes frágiles que requieren observación sin supervisión intensiva pueden ser alojados en el área de fragilidad. Aquellos que requieren observación horaria deben ubicarse en áreas de mayor vigilancia en el SUH mientras se mantiene el plan específico de atención para la fragilidad.

El alta del SUH es favorecida por una red de colaboración con otros proveedores de atención médica en el área e incluye alertas a la atención primaria, consultas externas presenciales y visitas telefónicas no presenciales realizadas por médicos o farmacéuticos del SUH, según la necesidad.

Resultados del programa

Aportamos unos datos descriptivos a partir del almacén de datos del hospital, sobre las características de la demanda y flujos de pacientes para ilustrar la experiencia. Resulta preciso destacar que no se pretende mostrar los resultados como un estudio pre-post intervención. Los indicadores de número de visitas, admisiones, reingresos relacionados con la edad y los flujos de pacientes se comparan entre los años 2011 y 2018. Presentamos los resultados de la evolución de la actividad del servicio de urgencias de HSCSP entre 2011-2018 (Tabla 1).

La evolución muestra un aumento progresivo en la actividad (+ 13,2%), en la edad de los pacientes (40,9% vs 43,1% \geq 65 años), y un aumento en las llegadas de ambulancia (29,3% de todas las entradas vs 33,5%). La tasa de admisión aumentó progresivamente hasta 2014 (10,8% a 12%). En 2014 se implantó la EGI en el SUH y se reforzó el establecimiento de redes. En los 5 años siguientes, y de manera progresiva, se observa una disminución progresiva en la tasa de ingreso, desde 2014 (12%) a 2018 (11,2%).

En 2011 se inició el programa de derivación a hospitales intermedios. Se observa un incremento progresivo en las transferencias desde 2011 (0,7%) hasta 2018 (4,4%). En 2014 se reforzó e intensificó la red colaborativa, hecho que pensamos que combinado con la EGI permitió incrementar las transferencias. Cuando se analizan las readmisiones a 72 horas, se observa que eran superiores en 2011 (4,2%), y que ha descendido de

Tabla 1. Evolución de la actividad del servicio de urgencias de Hospital Santa Creu i Sant Pau (2011-2018)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Urgencias totales hospitalarias*	136.430	131.763	135.258	137.987	144.744	151.485	149.757	154.442
Pacientes \geq 65 años en urgencias totales	39.231 (28,7%)	39.979 (30,3%)	41.544 (30,7%)	41.200 (29,8%)	43.230 (29,8%)	45.455 (30%)	44.621 (29,7%)	46.475 (30%)
Entradas SUH	71.998	70.040	70.008	71.166	75.800	80.054	77.812	79.428
Entradas en ambulancia	21.140 (29,3%)	20.201 (28,5%)	20.642 (29,4%)	21.573 (30,3%)	25.416 (33,5%)	27.035 (33,7%)	26.436 (33,9%)	26.665 (33,5%)
Pacientes \geq 65 años en el SUH	29.462 (40,9%)	29.523 (42,1%)	30.261 (43,2%)	30.205 (42,4%)	32.640 (43%)	34.590 (43,2%)	33.361 (42,8%)	34.162 (43%)
Ingresos hospitalarios desde el SUH**	7.843 (10,8%)	7.807 (11,2%)	8.026 (11,4%)	8.606 (12%)	8.952 (11,8%)	9.235 (11,5%)	8.807 (11,3%)	8.896 (11,2%)
Transferencia a HI desde el SUH	530 (0,7%)	686 (0,9%)	791 (1,1%)	893 (1,2%)	1.290 (1,7%)	2.403 (3%)	3.033 (3,8%)	3.484 (4,4%)
Readmisiones (< 72 h)	4,2%	3,9%	3,7%	3,5%	3,5%	3,6%	3,6%	3,6%

*Incluye psiquiatría, ginecología y obstetricia, oftalmología y pediatría (en diferentes dispositivos intrahospitalarios) y el SUH.

**No incluye ingresos a áreas de críticos o área quirúrgica.

SUH: servicio de urgencias hospitalario; HI: hospitales de atención intermedia.

manera progresiva hasta mantenerse estables (3,5%) en los últimos años.

En la Tabla 2 se muestra la evolución de la clasificación de triaje en los últimos 5 años, para todos los pacientes que consultaron en el SUH y para los mayores de 65 años. Se observa un crecimiento gradual de los niveles I-II y III (54,9% vs 61,9%). Este incremento es más marcado en los pacientes mayores de 65 años (69,7% vs 78,6%). Ilustra, pues, un envejecimiento población que se asocia a mayor nivel de urgencia. Por tanto, los resultados muestran cómo en los últimos 5 años se observa un incremento de las entradas en el SUH de pacientes ancianos, un incremento de nivel de triaje, y a pesar de ello se observa una disminución progresiva en la tasa de ingreso, sin incremento en las readmisiones.

La nueva área de fragilidad (DAFSU) se inauguró en noviembre del 2017. Para poder ilustrar su posible impacto, mostramos datos de los últimos tres periodos de invierno (definido por Catalunya como el periodo del 1 de diciembre al 31 de marzo, Tabla 3). Durante el 2016-2017 no funcionaba la nueva área y sí lo estaba en el 2017-2018 y 2018-2019. Se observa como las entradas aumentan progresivamente (+ 7,3% entre

2016-2017 y 2018-2019) y también los pacientes mayores de 65 (+ 4,42%), 75 (3,17%) y 85 (10,8%) años. Sin embargo, los ingresos disminuyeron del 10,7% al 9,7%, así como las readmisiones a 72 horas (del 3,6% al 3,3%). Por subgrupos de edad, la disminución del ingreso hospitalario es más importante en los más ancianos, y lo mismo sucede con las readmisiones.

Como resultado de todo lo anterior, aunque no podemos ciertamente atribuir los resultados descritos a las múltiples intervenciones realizadas a lo largo del tiempo, pensamos que el desarrollo del PAF, la transformación del SUH y la nueva área estructural han promovido una organización enfocada a la fragilidad que ha contribuido de manera relevante a una reducción continua en la tasa de ingreso, y ha sido una herramienta valiosa en la gestión del SUH.

Discusión y reflexiones

En este artículo intentamos aportar los puntos clave en la atención urgente en los ancianos, mostrar cómo un SUH se ha ido adaptando a las recomendaciones internacionales para la atención urgente en la población

Tabla 2. Niveles de triaje, globales y para edad superior a 65 años en los últimos 5 años

	2014	2015	2016	2017	2018
Entradas SUH	71.166	75.800	80.054	77.812	79.428
Nivel I	650 (0,9%)	571 (0,8%)	580 (0,7%)	516 (0,7%)	459 (0,6%)
Nivel II	10.191 (14,4%)	14.482 (19,2%)	18.198 (22,8%)	18.959 (24,4%)	20.405 (25,8%)
Nivel III	27.919 (39,6%)	27.965 (37,1%)	27.801 (34,9%)	27.058 (34,9%)	28.058 (35,5%)
Nivel IV	25.053 (35,5%)	26.559 (35,2%)	26.602 (33,4%)	25.316 (32,6%)	24.550 (31%)
Nivel V	5.690 (8,1%)	4.894 (6,5%)	5.367 (6,7%)	5.060 (6,5%)	5.128 (6,5%)
No triados	1.045 (1,5%)	997 (1,3%)	1.120 (1,4%)	639 (0,8%)	489 (0,6%)
Entradas SUH > 65 años*	30.205 (42,4%)	32.640 (43%)	34.590 (43,2%)	33.361 (42,8%)	34.162 (43%)
Nivel I	220 (0,7%)	182 (0,6%)	180 (0,5%)	129 (0,4%)	144 (0,4%)
Nivel II	6.474 (21,6%)	9.595 (29,5%)	12.168 (35,3%)	12.695 (38,3%)	13.594 (40%)
Nivel III	14.212 (47,4%)	14.093 (43,3%)	13.759 (39,9%)	12.689 (38,3%)	12.997 (38,2%)
Nivel IV	7.165 (23,9%)	7.071 (21,7%)	6.601 (19,1%)	6.128 (18,5%)	5.684 (16,7%)
Nivel V	1.576 (5,3%)	1.304 (4%)	1.474 (4,3%)	1.306 (3,9%)	1.434 (4,2%)
No triados	326 (1,1%)	295 (0,9%)	293 (0,8%)	178 (0,5%)	157 (0,5%)

*Porcentaje de pacientes > 65 años respecto al total de pacientes.

SUH: servicio de urgencias hospitalario.

Tabla 3. Comparación de la actividad del servicio de urgencias durante los periodos de invierno 2016-2017; 2017-2018; 2018-2019

	1/12/2016 -31/03/2017	1/12/2017 -31/03/2018	1/12/2018 -31/03/2019
Entradas al SUH	28.819	29.537	30.942
Entradas en ambulancia	9.081 (31,5%)	9.492 (32,1%)	9.669 (31,2%)
Ingresos hospitalarios desde SUH*	3.104 (10,7%)	3.063 (10,3%)	3.006 (9,71%)
Transferencia a HI desde el SUH	1.118	1.357	1.433
Readmisiones (< 72 h)	3,6%	3,6%	3,3%
Pacientes ≥ 65 años	12.271	12.945	12.814
Ingresos hospitalarios ≥ 65 años	2.410 (19,6%)	2.331 (18%)	2.180 (17%)
Pacientes ≥ 75 años	8.561	8.990	8.833
Ingresos hospitalarios ≥ 75 años	1.851 (21,6%)	1.711 (19,0%)	1.635 (18,5%)
Pacientes ≥ 85 años	3.884	4.401	4.303
Ingresos hospitalarios ≥ 85 años	889 (22,8%)	886 (20,1%)	809 (18,8%)
Readmisiones < 72 h, ≥ 65 años	3,6%	3,6%	3%
Readmisiones < 72 h, ≥ 75 años	3,4%	3,6%	2,9%
Readmisiones < 72 h, ≥ 85 años	3,3%	3,7%	2,5%

*No incluye ingresos a áreas de críticos o área quirúrgica.
SUH: servicio de urgencias hospitalario; HI: hospitales de atención intermedia.

geriátrica con cambios organizativos y abrir un canal de discusión entre los profesionales.

Ilustramos la experiencia con resultados descriptivos y cuantitativos de la evolución de nuestro SUH en los últimos 9 años. Sin duda, atribuir estos resultados exclusivamente al desarrollo del programa es difícil, pero no se pretende en este trabajo analizar los resultados como un estudio pre y postintervención, sino describir la evolución de un SUH sometido a un cambio organizativo progresivo, implantado a lo largo de distintos años, para ilustrar la experiencia.

Las limitaciones más importantes para poder correlacionar los resultados descriptivos mostrados con las intervenciones planteadas se relacionan, en primer lugar, con la implantación progresiva de las mismas. De esta manera, el programa se ha desarrollado durante 9 años: el diseño del programa arrancó en 2011; la marca de fragilidad se implantó en 2012; a partir de 2014 la evaluación geriátrica adaptada a urgencias se incorporó a la práctica clínica; en 2016 se integraron trabajo social y farmacia en el SU; en noviembre de 2017 se inaugura la nueva área estructuralmente adaptada al paciente anciano dentro del propio SU; la red colaborativa territorial se inició en 2011, pero se intensificó en 2014 la relación con hospitales intermedios, y se incorporó una conexión con hospitalización a domicilio, PADES y atención primaria en 2017, completando la red. Otra importante limitación de los datos expuestos es que no se dan datos de las características de la población ni podemos, por tanto, asegurar que sean com-

parables. Tampoco se dan resultados individuales de pacientes, como la calidad de vida o la capacidad funcional, hechos que sin duda son una limitación. Sin embargo, se trata de datos de vida real, y como en trabajos similares^{24,39}, la dificultad radica en atribuir los resultados a una única intervención de valor.

En este contexto, la evolución comparativa de los resultados en el mismo centro tiene valor. La tendencia esperada es un aumento en la tasa de ingreso, ya que se observa un aumento en la edad de los pacientes. Por lo tanto, las variaciones en las tendencias esperadas deben estar relacionadas con cambios estructurales u organizativos en el SUH. Con los años, hemos notado un aumento progresivo en la edad y la cronicidad de los pacientes que tratamos. La estructura existente del SUH no ha cambiado desde 2009, a excepción de la nueva área de fragilidad abierta en noviembre de 2017. Sin embargo, después de una organización de la red, nuestros recursos externos disponibles como alternativas a la hospitalización han aumentado gradualmente, ya que los proveedores de atención médica que compartimos el proyecto han ido ajustando progresivamente los recursos para cumplir con nuestros requisitos a fin de alcanzar el objetivo común: evitar admisiones terciarias innecesarias para esta población en riesgo. Estos cambios en los flujos de pacientes deben entenderse, pues, como las consecuencias deseadas del PAF y como instrumentos esenciales para cumplir con el objetivo de adaptar el entorno de cuidado apropiado. Así, la evaluación integral y la atención adaptada a la fragilidad por parte de los profesionales del SUH, en una organización multidisciplinaria, ha llevado a que más pacientes sean ubicados en circuitos diferentes a la admisión en el hospital terciario. Es, por tanto, una consecuencia deseada, y no una causa de variación del flujo. Además, los datos del periodo de invierno de 2018-2019, cuando el PAF se había reforzado con la nueva área de fragilidad, muestran un aumento de la actividad del 2,4%. El aumento en las llegadas de ambulancias y las personas mayores es notable. A pesar de esto, la tasa de admisión sigue siendo baja, especialmente en las personas mayores, y ha caído medio punto desde el año anterior.

Entendemos que los resultados cuantitativos ilustran una modificación del flujo de pacientes, como resultado de esta organización, y esto resulta crucial para evitar ingresos innecesarios en el hospital, optimizando la ocupación del centro y del propio SUH. Este tipo de manejo, teniendo en cuenta que más del 40% de la población que asistimos son ancianos, tiene una importante repercusión en los resultados y en la gestión del SUH. Sin embargo, nuestro objetivo fundamental es incrementar la capacidad del SUH para resolver los problemas urgentes de los pacientes frágiles, individualizando las decisiones clínicas basadas en una EGI y no en la edad, incluyendo las preferencias del paciente y recordando que los objetivos terapéuticos muy a menudo son mantener una adecuada capacidad funcional y cognitiva.

Queremos también poner en relieve que obtener indicadores cualitativos en la atención urgente para pa-

cientes mayores es un desafío. La evidencia reportada expone la dificultad de usar indicadores de calidad en la atención geriátrica en el SUH^{11,40,41}. De hecho, los trabajos que evalúan las intervenciones geriátricas en los SUH son muy escasos⁴². Resulta necesario investigar más en este ámbito y generar evidencia contrastada. Estamos trabajando en esta línea para poder obtener resultados, a la vez que intentamos incorporar el conocimiento sobre la experiencia del paciente como una nueva dimensión de calidad que nos ayuda a mejorar⁴³.

Conclusiones

Las sociedades científicas recomiendan una *geriatriización* de los SUH¹⁷. A pesar de esto, existen pocas experiencias similares publicadas⁴⁴. Esta sistemática permite ajustar la intensidad diagnóstica y terapéutica a las necesidades del paciente, y seleccionar el mejor destino para cada uno de ellos. Es también la base para la derivación a otros proveedores de la red, lo que lleva finalmente a una disminución en las tasas de ingreso. Los resultados, a pesar de la escasez de indicadores de calidad, muestran un cambio gradual en el flujo de pacientes que nos ha permitido abordar el aumento progresivo en la actividad del SUH caracterizada por pacientes mayores y más complejos. El modelo organizativo contribuye a la gestión de la saturación.

Un funcionamiento de este estilo comporta un cambio de paradigma en la atención urgente e implica aprender nuevas estrategias, desaprender ciertos conceptos antiguos y reaprender una nueva manera de atender a nuestros pacientes. Los SUH debemos cambiar. Como citábamos al principio, debemos enfocar toda nuestra energía no en luchar con las antiguas estrategias, sino en construir un nuevo modelo de atención urgente para los pacientes ancianos. Así, suministraremos una atención de calidad y lucharemos de una nueva manera y más eficazmente contra la saturación de los SUH.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

Financiación: Los autores declaran la no existencia de financiación en relación al presente artículo.

Responsabilidades éticas: Todos los autores confirman en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS que se ha mantenido la confidencialidad y el respeto de los derechos a los pacientes, así como las consideraciones éticas internacionales.

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

Adenda

Resto de componentes de la Red Colaborativa: Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (SU: Iván Agra, María Teresa Álvarez, Mary Arjones, Aitor Alquézar, Boukra Atthou, Carme Beltrán, Salvador Benito, Marta Castellà, Verónica Díez, Eva Gil, Josep M. Guardiola, Héctor Hernández, Sergio Herrera, J. Leopoldo Higa, Yaiza Ibáñez, Rut Jiménez, Mara López, Laura Lozano, Roberto Lazzari, Miriam Mateo, Albert Mauri, Laura Membrilla, Antoni Moliné, Josep A. Montiel, María Dolores Muñoz, Aina Piera, María del Mar Pina, Paola Ponte, Silvia Nuño, Miguel Rizzi, Carlos Romero, Montse Serés, Olga Trejo, Miquel Turbau, Carme Valls;

Servicio de Farmacia: Ana Juanes, Jesús Ruíz; Trabajo Social: María Canela, Meritxell Liarte, Jordi Valls; Geriátrica: Jordi Mascaró, Jordi Martín; Hospital Mutuam Güell: Dolors Quera, Neus Saiz; Nou Hospital Evangèlic: Francisco López, M^a Luisa Jiménez, Joan Solà; CIS Cotxeres: Montse Vila; CIS Isabel Roig y Grup Blauclínic: Josep Ortega, Xavier Pujol; Hospital Hestia Palau: Esther Pallarés; Equips d'Atenció Residencial Mutuam: Montse Espier, Rosa Planesas; Hospitalització a Domicili Dos de Maig: Ana García-Sarasola, Maria Karuna Lamarca, Anna Torres, Eulàlia Villegas; PADES: Emma Costas; Grupo EFAD (Equip Farmacèutics Ais Dreta); Atenció Primària AiS Dreta.

Acreditaciones, Premios o Menciones (2017-2019): El Servicio de Urgencias del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau ha recibido en abril de 2019 la primera acreditación internacional GEDA (Geriatric Emergency Department Accreditation) que ha otorgado ACEP (American College of Emergency Physicians).

1.º Premio +Futur 2019 de Unió Catalana d'Hospitals "Modelo de atención colaborativo en red, nuevo paradigma en atención urgente adaptada a los pacientes con altas necesidades (High-cost High-needs patients)"; 1.º premio en I Edición Premio Quirónsalud a las Mejores Iniciativas en Experiencia del Paciente: "Nueva área de Urgencias para ancianos frágiles creada en el marco de un Programa de Atención Geriátrica del Servicio: Evaluación de la experiencia del paciente"; XVII Premio de Investigación Fundació Mutuam Conviure 2017: "Atención Geriátrica Integral en un Servicio de Urgencias Hospitalario. Repercusión sobre la salud de los pacientes y la gestión de flujos tras la implantación en Urgencias y la Unidad de Estancia Corta"; Premio Innovación en Gestión 2017, Unió Catalana d'Hospitals. "Programa d'Atenció a la Fragilitat del Servei d'Urgències"; finalistas en el Excellence Award for Leadership and Management en la categoría Healthcare 2017 International Awards of The International Hospital Federation: "Collaborative Integral Model of care to chronicity in a large city public network".

Bibliografía

- Lobon L. Innovación en Medicina de Urgencias y Emergencias: cinco aspectos organizativos que podrían cambiar nuestra práctica. *Emergencias*. 2017;29:61-4.
- Juan Pastor A, Manjón Del Solar S. La jerarquización de los servicios de urgencias hospitalarios como condición necesaria para la mejora continua. *Emergencias*. 2014;26:484-8.
- Sánchez M, Salgado E, Miró O. Mecanismos organizativos de adaptación y supervivencia de los servicios de urgencia. *Emergencias*. 2008;20:48-53.
- Coll-Vinent B, Sánchez M, Nogué R, Miró Ò. La enseñanza de la Medicina de Urgencias y Emergencias en las facultades de medicina españolas: situación actual. *Emergencias*. 2010;22:21-7.
- Fernández-Guerrero IM, Martín-Sánchez FJ, Burillo-Putze G, Miró Ò. Análisis comparativo y evolutivo de la producción científica de los urcenciólogos españoles (2005-2014). *Emergencias*. 2017;29:327-34.
- Peltan ID, Bledsoe JR, Oniki TA, Sorensen J, Jephson AR, Allen TL, et al. Emergency Department Crowding Is Associated With Delayed Antibiotics for Sepsis. *Ann Emerg Med*. 2019;73:345-55.
- Berg LM, Ehrenberg A, Florin J, Östergren J, Discacciati A, Göransson KE. Associations Between Crowding and Ten-Day Mortality Among Patients Allocated Lower Triage Acuity Levels Without Need of Acute Hospital Care on Departure From the Emergency Department. *Ann Emerg Med*. 2019;74:345-56.
- Moskop JC, Geiderman JM, Marshall KD, McGreevy J, Derse AR, Bookman K, et al. Another Look at the Persistent Moral Problem of Emergency Department Crowding. *Ann Emerg Med*. 2019;74:357-64.
- Rosenberg MS, Carpenter CR, Bromley M. Geriatric Emergency Department guidelines. *Ann Emerg Med*. 2014;63:e7-e25.
- Blumenthal D, Chernof B, Fulmer T, Lumpkin J, Selberg J. Caring for High-Need, High-Cost Patients. *N Engl J Med*. 2016;375:909-11.
- Cooke M, Oliver D, Burns A. Quality Care for Older People With Urgent & Emergency Care Needs. Silver book. *Br Geriatr Soc*. 2012;1-102.
- Clegg A, Young J, Iliff S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2013;381:752-62.
- Castillo EM, Brennan JJ, Howard J, Hsia RY, Chalmers C, Chan TC, et al. Factors Associated With Geriatric Frequent Users of Emergency Departments. *Ann Emerg Med*. 2019;74:270-5.
- Khullar D, Kaushal R. "Precision Health" for High-Need, High-Cost Patients. *Am J Manag Care*. 2018;24:396-8.
- Banerjee J, Conroy S, Cooke MW. Quality care for older people with urgent and emergency care needs in UK emergency departments. *Emerg Med J*. 2013;30:699-700.
- Shenvi CL, Platts-Mills TF. Managing the Elderly Emergency Department Patient. *Ann Emerg Med*. 2019;73:302-7.

- 17 Conroy S, Chikura G. Emergency care for frail older people—urgent AND important—but what works? *Age Ageing*. 2015;44:724-5.
- 18 Han JH, Shintani A, Eden S, Morandi A, Solberg LM, Schnelle J, et al. Delirium in the emergency department: An independent predictor of death within 6 months. *Ann Emerg Med*. 2010;56:244-52.
- 19 Ellis G, Marshall T, Ritchie C. Comprehensive geriatric assessment in the emergency department. *Clin Interv Aging*. 2014;9:2033-43.
- 20 Kent T, Lesser A, Israni J, Hwang U, Carpenter C, Ko KJ. 30-Day Emergency Department Revisit Rates among Older Adults with Documented Dementia. *J Am Geriatr Soc*. 2019;1-6.
- 21 Wadhwa RK, Joynt Maddox KE, Kazi DS, Shen C, Yeh RW. Hospital revisits within 30 days after discharge for medical conditions targeted by the Hospital Readmissions Reduction Program in the United States: national retrospective analysis. *BMJ*. 2019;366:l4563-70.
- 22 Conroy SP, Turpin S. New horizons: urgent care for older people with frailty. *Age Ageing*. 2016;45:579-86.
- 23 Foo CL, Siu VWY, Ang H, Phuah MWL, Ooi CK. Risk stratification and rapid geriatric screening in an emergency department - a quasi-randomised controlled trial. *BMC Geriatr*. 2014;14:98.
- 24 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.
- 25 Brown CJ, Kennedy RE, Lo AX, Williams CP, Sawyer P. Impact of Emergency Department Visits and Hospitalization on Mobility Among Community- Dwelling Older Adults. *Am J Med*. 2016;129:e9-e15.
- 26 Carpenter CR, Shelton E, Fowler S, Suffoletto B, Platts-Mills TF, Rothman RE, et al. Risk factors and screening instruments to predict adverse outcomes for undifferentiated older emergency department patients: A systematic review and meta-analysis. *Acad Emerg Med*. 2015;22:1-21.
- 27 Aldeen AZ, Mark Courtney D, Lindquist LA, Dresden SM, Gravenor SJ. Geriatric emergency department innovations: Preliminary data for the geriatric nurse liaison model. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62:178-85.
- 28 Puig Campmany M, Ris Romeu J, Blázquez Andión M, Benito Vales S. Development of a comprehensive, multidisciplinary program of care for frailty in an emergency department. *Eur Geriatr Med*. 2019;10:37-46.
- 29 Goldstein JP, Andrew MK, Travers A. Frailty in Older Adults Using Pre-hospital Care and the Emergency Department: A Narrative Review. *Can Geriatr J*. 2012;15:16-22.
- 30 Ellis G, Whitehead MA, Robinson D, O'Neill D, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2011;343:d6553.
- 31 Ellis G, Jamieson CA, Alcorn M, Devlin V. An Acute Care for Elders (ACE) unit in the emergency department. *Eur Geriatr Med*. 2012;3:261-3.
- 32 Edmans J, Bradshaw L, Gladman JR, Franklim M, Berdunov V, Elliott R, et al. The Identification of Seniors at Risk (ISAR) score to predict clinical outcomes and health service costs in older people discharged from UK acute medical units. *Age Ageing*. 2013;42:747-53.
- 33 Bellelli G, Morandi A, Davis DHJ, Mazzola P, Turceo R, Gentile S, et al. Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: A study in 234 hospitalised older people. *Age Ageing*. 2014;43:496-502.
- 34 O'Sullivan D, Brady N, Manning E, O'Shea E, O'Grady S, O'Regan N, et al. Validation of the 6-Item Cognitive Impairment Test and the 4AT test for combined delirium and dementia screening in older Emergency Department attendees. *Age Ageing*. 2018;47:61-8.
- 35 Han JH, Wilson A, Vasilevskis EE, Shintani A, Schnelle JF, Dittus RS, et al. Diagnosing delirium in older emergency department patients: Validity and reliability of the delirium triage screen and the brief confusion assessment method. *Ann Emerg Med*. 2013;62:457-65.
- 36 Burton JH, Young J, Bernier CA. The geriatric ED: Structure, patient care, and considerations for the emergency department geriatric unit. *Int J Gerontol*. 2014;8:56-9.
- 37 Conley J, O'Brien CW, Leff BA, Bolen S, Zulman D. Alternative Strategies to Inpatient Hospitalization for Acute Medical Conditions. A Systematic Review. *JAMA Intern Med*. 2016;176:1693-702.
- 38 Dyrstad DN, Testad I, Storm M. Older patients' participation in hospital admissions through the emergency department: an interview study of healthcare professionals. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:475-84.
- 39 Wright PN, Tan G, Iliffe S, Lee D. The impact of a new emergency admission avoidance system for older people on length of stay and same-day discharges. *Age Ageing*. 2013;43:116-21.
- 40 Burkett E, Martin-Khan MG, Gray LC. Quality indicators in the care of older persons in the emergency department: A systematic review of the literature. *Australas J Ageing*. 2017;36:286-98.
- 41 Lo AX, Biese K, Carpenter CR. Defining Quality and Outcome in Geriatric Emergency Care. *Ann Emerg Med*. 2017;70:107-9.
- 42 Hughes JM, Freiermuth CE, Shepherd-Banigan M, eRagsdale L, Eucker SA, Goldstein K, et al. Emergency Department Interventions for Older Adults: A Systematic Review. *J Am Geriatr Soc*. 2019;67:1516-25.
- 43 Puig M, Mateo M, Blázquez M, Ris J. Identifying improvements in an emergency department elder friendly area based on patient experience "ED_EFA their voice project" *Integr Clin Med Int Clin Med*. 2019;3:1-2.
- 44 Lowthian JA, McGinnes RA, Brand CA, Barker AL, Cameron PA. Discharging older patients from the emergency department effectively: A systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*. 2015;44:761-70.