

Q-CARE, un dispositivo específico de atención urgente a pacientes frágiles



Mireia Puig Campmany

Directora de Servei d'Urgències,
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau



Josep Ris Romeu

Director del Procés d'Atenció Urgent,
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau



Marta Blázquez Andión

Coordinadora clínica
del programa de fragilitat,
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Las mejoras sociales, de salud pública, médicas y tecnológicas producidas en las últimas décadas han comportado una disminución en la mortalidad y un incremento progresivo de la esperanza de vida. Nos encontramos, afortunadamente, con un crecimiento imparable de la población de edad avanzada, pero esto lleva consigo un incremento de las necesidades sanitarias, que, además, son distintas y específicas para este grupo poblacional. El impacto sobre todo el sistema y, por ende, sobre los Servicios de Urgencias es muy relevante, y estos deben replantear el modelo de atención que aplican para satisfacer unas necesidades que son distintas¹. La falta de modelos específicos en un área en la que el abordaje experto y resolutivo, multidimensional y multidisciplinar es

imprescindible, pone de relieve el caso Q-CARE del Servicio de Urgencias del Hospital de Sant Pau de Barcelona, que está poniendo en práctica un nuevo modelo y propone una nueva solución con una visión diferenciada.

El cambio de modelo de atención urgente en personas mayores

Distintos registros europeos ponen de manifiesto una curva progresivamente ascendente en el número de episodios urgentes atendidos por los distintos sistemas de salud en los diferentes países; solo en el período 2013-2022, el incremento supera el 13% en las



Enfermera hace un acompañamiento a una mujer atendida en el (DAFSU). Fotografía de Ariadna Creus y Àngel García.

publicaciones, y en nuestra experiencia, con alrededor de 1.000.000 de casos atendidos en este período, supera el 15%. Las causas del aumento de esta demanda son múltiples y no son el motivo del actual artículo, pero, sin duda, el envejecimiento de la población, la eventual fragilidad y la multimorbilidad son elementos clave para explicarlo. De este modo, nuestros datos reflejan cómo el incremento de la demanda en personas mayores de 84 años ha aumentado en un 34% en solo 10 años.

El modelo de atención urgente clásico, que se basa fundamentalmente en el diagnóstico médico y que se ha mostrado tan útil en la mayoría de ocasiones, es probablemente insuficiente en la población más envejecida, en la que intervienen decisivamente otros factores^{1,2}. El grado de dependencia, el deterioro cognitivo, la polifarmacia y la cronicidad, el sexo, la soledad y la pobreza, entre otros, son factores que se imbrican perfectamente (en distintos grados en cada caso) en el propio motivo de consulta urgente. Solo si estos otros factores son considerados en el modelo de atención que se proponga, podremos realmente intentar atender el problema de salud intercurrente y proponer la solución más adecuada y adaptada al caso. Por lo tanto, el modelo diagnóstico-tratamiento se muestra poco operativo en la atención urgente de personas frágiles y es preferible un acercamiento distinto, más amplio, basado en un modelo problema-solución, que hace necesario un diagnóstico multidimensional que incluya los aspectos

sanitarios, personales, sociales y económicos. Esta concepción, fundamental en geriatría, debe ser aplicable en la atención urgente (y desde el primer momento de contacto), con un modelo adaptado que lo haga posible en cualquier servicio de urgencias.

La necesidad de nuevos modelos del SUH

Por este motivo, en 2012, se diseñó un Programa de Atención a la Fragilidad en el Servicio de Urgencias, que incluía la evaluación de la fragilidad y el diagnóstico situacional del paciente a su llegada a urgencias; de este modo, puede establecerse un plan protocolizado para el diagnóstico, atención y cuidados para cada paciente. Además, en 2017 se diseñó un área especialmente adaptada, estructural y funcionalmente, para mejorar la estancia de los pacientes y prevenir las complicaciones propias de su permanencia en el Servicio. El Plan contemplaba una visión territorial de colaboración con atención primaria, centros sociosanitarios y de cuidados intermedios de nuestra zona de influencia y recursos de atención domiciliaria o en residencias. La estancia hospitalaria es fácilmente hostil para este tipo de población; por lo tanto, el objetivo final es la resolución del episodio agudo en el menor número de horas posible y, en cualquier caso, proponer la ubicación posthospitalaria más favorable para el paciente, en franca coordinación entre los niveles asistenciales y los distintos dispositivos sanitarios, para obtener así el mejor resultado de salud y minimizar riesgos.

Para poder implementar el Plan fue necesario establecer los protocolos adecuados, formar específicamente a los profesionales y propiciar la participación activa multidisciplinaria: especialistas de urgencias, farmacia, geriatría, enfermería y trabajo social, principalmente.

El American College of Emergency Physicians (ACEP) propuso, en 2014, unas recomendaciones de geriatrización de los servicios de urgencias hospitalarios y diseñó una acreditación para incentivar estas prácticas (Geriatric Emergency Department Accreditation [GEDA])³. Nuestro Servicio de Urgencias recibió tal acreditación en 2018, siendo hasta 2022 el único Servicio de Urgencias con esta característica fuera de Estados Unidos o Canadá.

El modelo de atención urgente clásico, que se basa fundamentalmente en el diagnóstico médico y que se ha mostrado tan útil en la mayoría de ocasiones, es probablemente insuficiente en la población más envejecida, en la que intervienen decisivamente otros factores.

El modelo debe reconocer y atender las necesidades distintas de estos pacientes (multimorbilidad, dependencia, cronicidad, polifarmacia, similitud de presentaciones clínicas, muchas veces insidiosas, déficits cognitivos que dificultan la comunicación, síndromes geriátricos, desproporción entre causas y efectos producidos, riesgos de la propia estancia hospitalaria, etc.) y, en conjun-

to, evitar situaciones de infradiagnóstico y tratamiento, al contrario, exploraciones innecesarias y encarnizamiento terapéutico, y en todo caso evitar complicaciones previsibles e indeseadas que pueden modificar dramáticamente el pronóstico, como lo es el síndrome confusional y el *delirium*.

Para ello, es fundamental, ya en el primer contacto, la detección, identificación y gradación de la fragilidad y sus riesgos, mediante el uso de escalas fáciles y fiables; de este modo, el triaje convencional debe complementarse para proteger adecuadamente al paciente de una eventual demora y permitir escoger la mejor trayectoria en el proceso de atención que seguirá.

Características diferenciales del modelo

El proceso asistencial se dirige a resolver el problema clínico por el que ha consultado el paciente, pero para ello es imprescindible atender también a otras necesidades que a veces han provocado la urgencia o viceversa, y hacerlo desde una visión integral⁴. A continuación se exponen los puntos más destacados y específicos del Programa de fragilidad y, finalmente, algunos resultados obtenidos con los recursos actuales.

Triaje

Los sistemas actuales de triaje implantados en los servicios de urgencias de todo el mundo conllevan, cuando se aplican en la población anciana, infradetección de procesos urgentes y retrasos en la atención⁵. El motivo principal es que procesos comunes pero muy graves, como el infarto de miocardio o las infecciones severas, tienen presentaciones sutiles, distintas y alejadas de los síntomas clásicos, hecho que dificulta su detección en el proceso de triaje. Por tanto, el triaje convencional debe ser complementado mediante escalas de fragilidad fácilmente aplicables y otros procedimientos añadidos o proponer un triaje de nueva concepción, basado, por ejemplo, en inteligencia artificial, que posibilite una mayor sensibilidad de detección

Diagnóstico situacional

La valoración clínica debe ser multidimensional e incluir no solo la evaluación del proceso orgánico que sufre la persona y sus consecuencias, sino también el estado cognitivo del paciente, su nivel de dependencia y su entorno social, es decir, obtener un diagnóstico situacional. Es necesario evaluar de manera completa cuáles son las repercusiones de la enfermedad aguda en todas estas dimensiones y viceversa, para poder



Profesionales en el (DAFSU). Fotografía de Ariadna Creus y Ángel García.

confeccionar un plan de tratamiento y cuidados integral. De este modo, aunque la atención sanitaria urgente es la prioridad, se contemplan, sistemáticamente y desde un primer momento, todos los aspectos descritos respecto al paciente y a su entorno⁶.

Entorno adecuado

Los servicios de urgencias son, en general, entornos de riesgo para los pacientes ancianos vulnerables, puesto que dificultan el descanso, el acompañamiento y el confort, propician el cambio de rutina y aumentan el estrés, añadiéndose todo ello a la enfermedad aguda que ha inducido la consulta. En estas circunstancias es frecuente, sobre todo en pacientes con deterioro cognitivo, la aparición de síndrome confusional o *delirium*, que no solo complica el manejo del proceso agudo, sino que además modifica negativamente su pronóstico.

La mejor prevención es generar espacios adaptados para los pacientes vulnerables, donde exista luz solar para facilitar la orientación, aislamiento acústico, espacio suficiente para la familia y otras mejoras que fomenten su autonomía (que pueda levantarse y estar sentado o incluso dar paseos cortos), y donde un plan de cuidados específicamente diseñado para el paciente anciano contribuya a optimizar su estancia y evitar las complicaciones.

Plan de cuidados adaptado

El plan de cuidados debe corresponder a los protocolizados para la atención del tipo de urgencia, pero

complementándolos prioritariamente con los de prevención de riesgos relacionados con el proceso y la estancia y con aquellas medidas de confort específicas para pacientes frágiles⁷. Sistemáticamente, se aplican los protocolos para la prevención y detección precoz de *delirium* y de caídas, se prima la movilidad, sedestación y autonomía del paciente, se evitan instrumentaciones innecesarias, se optimiza el descanso y se facilita el acompañamiento continuo por parte de la familia o sus cuidadores.

Definición precoz de trayectoria

El objetivo de cualquier atención urgente es resolver en lo posible el motivo de consulta y sus condiciones. Tal como describíamos en párrafos anteriores, y especialmente en el paciente anciano, es imprescindible una valoración integral, mucho más eficaz, en nuestra experiencia, cuando se inicia precozmente en el primer contacto a la entrada del Servicio de Urgencias. Completada la atención aguda, la valoración de necesidades clínicas, sociales y funcionales ha de concluir en determinar el destino más favorable al alta de urgencias para el paciente y que este sea el mejor para completar la resolución del proceso.

Siempre que sea posible, el mejor destino para un paciente es el alta a su domicilio, procurando prever y suministrar todos los cuidados que pueda requerir, añadiendo, cuando es necesario, soporte clínico o social (desde ayudas o intervenciones sociales puntuales a visitas domiciliarias por los equipos adecuados o incluso programas de hospitalización a domicilio).

Cuando el requerimiento es de hospitalización, los hospitales de atención intermedia son entornos con visión geriátrica experimentada que disponen de herramientas y profesionales para hacer un abordaje enfocado a la mejoría clínica y a la recuperación funcional, para finalmente, conseguir también un alta a su entorno lo antes posible.

En muchos casos, el paciente padece un proceso que requiere procedimientos diagnósticos o tratamientos más complejos que precisan del ingreso en el hospital de agudos.

En definitiva, la definición precoz de la trayectoria que seguirá un paciente se refiere a iniciar la decisión sobre su mejor destinación, desde un primer momento de atención, mediante el empleo de unas herramientas básicas y accesibles que permiten realizar una valoración integral y tomar la mejor alternativa, incluso cuando esta debe ajustarse conforme se amplía la información de la que se dispone y se comprueba la propia evolución clínica^{8,9}.

En muchos casos, el paciente padece un proceso que requiere procedimientos diagnósticos o tratamientos más complejos que precisan del ingreso en el hospital de agudos.

Resultados del modelo

El Programa de fragilidad se aplica desde la llegada del paciente al servicio de urgencias y en cualquier área del servicio. Sin embargo, los pacientes con mayor fragilidad y en los que no se prioriza otro protocolo de atención por requerir tratamientos más específicos o de otra índole son admitidos en el Área de fragilidad. Este Dispositivo, inaugurado en noviembre de

2017, dispone de 13 amplios boxes y buenas condiciones de luz y sonorización controlada y ha permitido la atención en 2022 de 5.136 pacientes, 67% mujeres, con edad promedio de 87 años y un nivel de urgencia elevado, mayoritariamente (98,5%)¹⁻³. Los resultados más destacables son la disminución progresiva de la estancia (con una mediana de 16 horas), el incremento de altas con destino domiciliario y una disminución de los ingresos en el hospital. Por otra parte, la encuesta PLAENSA 2022 realizada por el CatSalut en nuestro Servicio de Urgencias muestra un elevado índice de satisfacción por parte de los usuarios que han valorado con una nota muy alta indicadores como si se dieron todas las explicaciones necesarias sobre la enfermedad, si se resolvió su problema de salud en urgencias o si la información recibida fue coherente y completa, y si las explicaciones en el momento del alta fueron comprensibles y detalladas.

Q-CARE, un dispositivo específico de atención a la fragilidad

Habiendo observado la necesidad creciente de ofrecer una solución adecuada a una población cada vez más numerosa y con requerimientos específicos, tanto desde el punto de vista de experticidad y conocimiento como de modelo de atención y de una estructura adaptada, se ha proyectado la construcción de un nuevo espacio, especialmente concebido para obtener el mayor rendimiento de la aplicación del programa, avalándolo con los resultados obtenidos previamente tan satisfactorios.

El Q-CARE, un dispositivo de alta resolución para las urgencias relacionadas con la fragilidad y el envejecimiento, se ha proyectado como un nuevo espacio diferenciado de las Urgencias Generales (pero interconectado) de 5.000 m², que permite la implantación completa del modelo de atención a la fragilidad, contemplando la creación de boxes para atención inmediata de la urgencia, amplias zonas de observación y cuidados y nuevas áreas que faciliten la extensión del modelo. Poseerá elevada capacidad de resolución, al disponer de radiología avanzada, acceso a laboratorio terciario y la capacidad quirúrgica para resolver los procesos más usuales como, por ejemplo, la fractura de fémur. Tecnológicamente, será posible la monitorización sin cables, la prevención de caídas y métodos accesibles de comunicación, información y formación al cuidador. En su conjunto, podrá resolver más de 20.000 episodios urgentes anuales.

Todas las áreas de atención están diseñadas para priorizar la autonomía del paciente y la participación de su

familia o cuidadores. Por otra parte, está previsto ofrecer, en los primeros días tras el alta y para facilitar el puente con la atención primaria, una continuidad que permita que cuidadores y pacientes puedan consultar dudas y preocupaciones, y también incluir aspectos formativos, para conseguir una mayor seguridad de las familias al aplicar los cuidados y los tratamientos recomendados

Por otra parte, el concepto Q-CARE alberga otras iniciativas relacionadas con la fragilidad, con participación de otras especialidades y la necesaria coordinación entre los distintos niveles asistenciales. Así pues, todos ellos son característicamente multidisciplinarios, transversales y de base territorial, destacando:

- El “**código medicamento**” es un plan transversal de conciliación terapéutica, liderado por el farmacéutico integrado en el servicio de urgencias, que persigue mejorar la prescripción de los pacientes, más allá del límite hospitalario, y evitar los riesgos derivados de la medicación en pacientes característicamente polimedicados y especialmente susceptibles a los efectos adversos¹⁰.
- La unidad funcional de ortogeriatría y fractura de fémur (**FLS, Fracture Liason Service**) es un plan multidisciplinar y de base territorial para el seguimiento y prevención de las fracturas de fémur, cuyo objetivo es la recuperación de los pacientes que han sufrido una fractura de fémur o que han sufrido otras frac-

turas derivadas de la fragilidad ósea (fracturas de muñeca, de pelvis tras caídas, etc.) y prevenir nuevas caídas y sus consecuencias.

- El **TIQUE**, cuyo objetivo es mejorar la atención sanitaria en los pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada, procurando mejorar el bienestar y la calidad de vida, previniendo descompensaciones o detectándolas precozmente y evitando ingresos hospitalarios.
- **Centro Médico Down (CMD)** de la Fundació Catalana Síndrome de Down, con sede en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau desde octubre del 2021. El CMD y los profesionales que lo integran priman la aplicación de un plan preventivo de salud específicamente adaptado a las características de las personas adultas con síndrome de Down, para detectar problemas de salud propios de estas personas y que es preciso buscar específicamente para su correcto diagnóstico y control.

Finalmente, para el proyecto es fundamental la relación con usuarios y asociaciones y establecer lazos de interrelación basados en programas formativos y de divulgación. Por otra parte, debe ser un motor que genere nuevas ideas y procedimientos que perfeccionen el modelo de atención para una población que es cada vez más numerosa y que tiene especificidades conocidas propias. Cualquier contacto del paciente con el Sistema de Salud, también en las urgencias, ha de ser contemplado como una ventana de oportunidad para



Enfermeras elaboran un plan de cuidados para una persona mayor atendida en el (DAFSU). Fotografía de Ariadna Creus y Àngel García.

revisar, corregir o iniciar las medidas de identificación, prevención y seguimiento adecuadas. La coordinación ágil y facilitada de los recursos disponibles sanitarios y sociales son imprescindibles, y lo es, especialmente, en pacientes mayores con fragilidad.

El mejor destino
para un paciente es
el alta a su domicilio,
procurando prever y
suministrar todos los
cuidados que pueda
requerir, añadiendo,
cuando es necesario,
soporte clínico o social.

Conclusión

Se observa un incremento progresivo e imparable de las urgencias de pacientes mayores con fragilidad, especialmente las que requieren atención hospitalaria. Son imprescindibles planes adaptados para resolver eficazmente los episodios, que tienen características distintas y específicas. Cualquier plan debe basarse en un modelo de atención adaptado y experto, y preferiblemente, con un diseño adecuado de las estructuras en las que se ejecute. El modelo debe priorizar el diagnóstico situacional y un plan de cuidados personalizado para dar la mejor respuesta a un problema multidimensional, desde una perspectiva multidisciplinaria y con visión territorial y coordinada. La aplicación del modelo disminuye la tasa de ingreso hospitalario, aumenta el número de altas al entorno natural o más propicio para el paciente y ofrece mucha mayor seguridad y satisfacción al usuario y a su entorno. Para el sistema, debe significar la obtención de mejores resultados en salud para la población y una disminución del coste al evitar hospitalizaciones que, de otra manera, serían necesarias. Las consultas de pacientes frágiles en Urgencias también pueden ser una ventana de oportunidad para lanzar programas de detección y de prevención de complicaciones.

Referencias bibliográficas:

1. Lucke, J.A., Mooijaart, S.P., Heeren, P., et al. (2022). Providing care for older adults in the Emergency Department: expert clinical recommendations from the European Task Force on Geriatric Emergency Medicine. *European Geriatric Medicine*, 13, 309-317. <https://doi.org/10.1007/s41999-021-00578-1>
2. Puig-Campmany, M., & Ris-Romeu, J. (2022). Frail older patients in the emergency department: main challenges. *Emergencias*, 34, 415-417.
3. Rosenberg, M.S., Carpenter, C.R., Bromley, M., Caterino, J.M., Chun, A., Gerson, L., et al. (2014). Geriatric Emergency Department guidelines. *Annals of Emergency Medicine*, 63(5). <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.02.008>
4. Hogervorst, V.M., Buurman, B.M., De Jonghe, A., et al. (2021). Emergency department management of older people living with frailty: a guide for emergency practitioners. *Emergency Medicine Journal*, 38(9), 724-729. <https://doi.org/10.1136/emmermed-2020-210014>
5. Puig-Campmany, M., Blázquez-Andión, M., & Ris-Romeu, J. (2022). Triage tools: a cautious (and critical) view towards their use in old patients. *European Geriatric Medicine*, 13, 319-322. <https://doi.org/10.1007/s41999-021-00572-7>
6. Regen, E., Phelps, K., van Oppen, J.D., et al. (2022) Emergency care for older people living with frailty: patient and carer perspectives. *Emergency Medicine Journal*, 39, 726-732.
7. Carpenter, C.R., Hammouda, N., Linton, E.A., et al. (2021). Delirium Prevention, Detection, and Treatment in Emergency Medicine Settings: A Geriatric Emergency Care Applied Research (GEAR) Network Scoping Review and Consensus Statement. *Academic Emergency Medicine*, 28(1), 19-35. <https://doi.org/10.1111/acem.14166>
8. Puig-Campmany, M., Blázquez-Andión, M., & Ris-Romeu, J. (2020). Aprender, desaprender y reaprender para asistir ancianos en urgencias: el secreto del cambio. *Emergencias*, 32, 122-130.
9. Cleveland J. (2022). Acute Care for Elders units: A model from the past or for the future?. *Journal of the American Geriatrics Society*, 70(10), 2758-2760. <https://doi.org/10.1111/jgs.17994>
10. Juanes, A., Ruíz, J., Puig, M., Blázquez, M., Gilabert, A., López, L., Baena, M. I., Guiu, J. M., & Antònia Mangués, M. (2022). The Effect of the Drug-Related Problems Prevention Bundle on Early Readmissions in Patients From the Emergency Department: A Randomized Clinical Trial. *The Annals of pharmacotherapy*, 10600280221143237. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/10600280221143237>

Contacta con nosotros para cualquier pregunta:
brains@clustersalutmental.com
Para contactar directamente con el autor:
Mireia Puig Campmany - mpuigc@santpau.cat