



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Ciencias de la Salud

Máster Universitario en Dirección y Gestión de Unidades de
Enfermería

Plan de mejora para la atención del paciente geriátrico en Urgencias

Trabajo fin de estudio presentado por:	Javier Díaz Guisado
Ciudad:	Madrid
Director/a:	Dra. M ^a Teresa Kaiser Manzano
Fecha:	22 de julio de 2021

Resumen

El envejecimiento de la población y el incremento de las enfermedades crónicas son factores que influyen directamente sobre los servicios de urgencias hospitalarios, los cuales representan uno de los accesos al sistema sanitario más frecuentados por el paciente geriátrico. Este hecho, demanda a los gestores sanitarios la búsqueda de modelos de atención que incluyan el abordaje integral de estos pacientes, y no solo centrarse en resolver la patología aguda.

Dichas peculiaridades, hacen que sea de interés diseñar un plan de mejora para la atención del paciente geriátrico en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, donde se le proporcione una valoración integral que se ocupe también de su estado funcional, mental y social, se preocupe de la prevención de los síndromes geriátricos y donde se reorganice la infraestructura para crear espacios más confortables y seguros para el paciente geriátrico

Este nuevo paradigma en la atención tendrá un impacto favorable no solo en la calidad de la asistencia que recibe el paciente, al reducir su mortalidad, prevenir efectos adversos y evitar su pérdida funcional, sino también en la propia institución sanitaria que lo recibe al disminuir las tasas de hospitalización y la congestión y refrecuentación de urgencias.

Palabras clave: urgencias, valoración geriátrica integral, síndrome geriátrico, anciano, mejora de calidad.

Abstract

The aging of the population and the increase in chronic diseases are factors that directly influence hospital emergency services, which represent one of the accesses to the health system most frequented by geriatric patients. This fact requires health managers to search for models of care that include a comprehensive approach to these patients, and not only focus on solving the acute pathology.

These peculiarities make it interesting to design an improvement plan for the care of the geriatric patient in the Emergency Service of the Rey Juan Carlos University Hospital, where they are provided with a comprehensive assessment that also takes care of their functional, mental and social status, worry about the prevention of geriatric syndromes and where the infrastructure is reorganized to create more comfortable and safe spaces for the geriatric patient.

This new paradigm in care will have a favorable impact not only on the quality of care received by the patient, by reducing their mortality, preventing adverse effects and avoiding their functional loss, but also on the health institution that receives it by reducing the hospitalization rates and congestion and re-attendance of emergencies.

Keywords: emergency care, comprehensive geriatric assessment, geriatric syndrome, elderly, quality improvement.

Índice de contenidos

1. Introducción.....	7
1.1. Antecedentes y marco teórico	8
1.1.1. El paciente geriátrico.....	8
1.1.2. El paciente geriátrico en los Servicios de Urgencia Hospitalarios	9
1.1.3. Identificación del anciano de alto riesgo.....	10
1.1.4. Valoración geriátrica integral	11
1.1.5. Modelos de atención del paciente frágil en Urgencias	13
1.2. Oportunidad de mejora.....	15
1.3. Justificación	19
2. Análisis de las causas	21
2.1. Análisis del contexto	21
2.2. Análisis de las causas.....	24
3. Objetivos.....	29
3.1. Objetivo general.....	29
3.2. Objetivos específicos.....	29
4. Planificación de acciones correctivas.....	30
5. Implantación de acciones correctivas.....	34
6. Medición de resultados y monitorización.....	40
7. Conclusiones	42
8. Bibliografía	48
9. Anexos	51
10. Currículum vitae	58

Índice de figuras

Figura 1. Modelo de atención del paciente anciano en Urgencias	12
Figura 2. Distribución de urgencias por intervalos de edad y sexo	15
Figura 3. Porcentaje de urgencias por rango de edad	16
Figura 4. Porcentaje de pacientes atendidos en cada circuito según edad	16
Figura 5. Media de pacientes > 80 años atendidos según circuito	16
Figura 6. Tiempo de estancia	17
Figura 7. Desglose de estancias <12h	17
Figura 8. Estructura de la población del HURJC	21
Figura 9. Diagrama causa efecto	26
Figura 10. Plano de Urgencias Generales.....	60

Índice de tablas

Tabla 1. DAFO	25
Tabla 2. CAME	31
Tabla 3. Matriz de verificación de acciones de mejora	33
Tabla 4. Matriz de priorización de acciones de mejora	34
Tabla 5. Indicadores del proyecto	41
Tabla 6. Indicador 1	42
Tabla 7. Indicador 2	42
Tabla 8. Indicador 3	43
Tabla 9. Indicador 4	43
Tabla 10. Indicador 5	44
Tabla 11. Indicador 6	44
Tabla 12. Indicador 7	45

1. Introducción

La creciente demanda de atención urgente por parte de la población general y el incremento en la prevalencia de pacientes de edad avanzada con enfermedades crónicas (1) obliga a replantearse la tendencia a centrarse en la resolución de la patología aguda y la necesidad de buscar alternativas a los modelos asistenciales vigentes (2,3). Por esta razón, surgen propuestas que plantean la atención de este tipo de pacientes en servicios más específicos, de tal modo que se propicie un abordaje integral del enfermo geriátrico (4,5), donde el equipo de enfermería desarrolla un papel fundamental (6).

Así mismo, la saturación de los servicios de Urgencias es un asunto que impacta diariamente sobre miles de pacientes, debiéndose juzgar como un problema que afecta tanto a la seguridad del paciente como a la calidad asistencial, entendiéndose como una cuestión que no solo compromete a los aspectos organizativos de las instituciones.

Todo ello pone de manifiesto la necesidad de mejorar la asistencia del paciente geriátrico. Por otro lado, el interés en el tema recae en la convicción de que los pacientes adultos y los geriátricos deberían atenderse de forma distinta, pues como se irá explicando, ambos grupos tienen necesidades dispares de atención.

La finalidad de este trabajo es definir un plan de mejora para la atención del paciente geriátrico en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, proponiendo un modelo de atención preocupado por la valoración integral de este tipo de usuarios.

De este modo, se aspira a implantar una acción de mejora que consiste en crear una sección de Urgencias Geriátricas (URG-GER) donde teniendo en cuenta las peculiaridades del paciente geriátrico, éste reciba una atención en las mejores condiciones de seguridad y comodidad, siendo finalidad última, mejorar la calidad de la atención prestada.

1.1. Antecedentes y marco teórico

1.1.1. El paciente geriátrico

El envejecimiento de la población repercute de forma relevante en la salud comunitaria y en la atención sanitaria. En las últimas décadas, la población anciana es la que mayor tasa de crecimiento ha experimentado en los países desarrollados. Concretamente en España, supone alrededor del 20 % y se calcula que pueda llegar al 30 % de la población general en el año 2050 (7). Estos datos, tienden al alza y probablemente sus porcentajes se verán incrementados por la población mayor de 80 años, lo cual supone mayores índices de fragilidad, dependencia, mortalidad, institucionalización, iatrogenia y maltrato (8).

Los conceptos de anciano, anciano frágil y paciente geriátrico han variado a lo largo de los años e incluso han llegado a utilizarse de forma indistinta (9).

El término anciano, hace alusión a individuos de edad avanzada. El paciente anciano, presenta a menudo patologías graves y, de hecho, la prioridad de atención que más frecuentemente se les asigna es la de urgente o muy urgente. Por otro lado, el índice de ingresos en este sector de la población, es el más alto con respecto a otros e independientemente del nivel de urgencia y el motivo de consulta (10).

Por anciano frágil, se entiende aquel sujeto de edad avanzada que tiene una disminución de las reservas fisiológicas a consecuencia del envejecimiento de sus órganos y aparatos. Todo ello le posiciona en un lugar de mayor vulnerabilidad, mayor probabilidad de sufrir sucesos adversos de salud (institucionalización, hospitalización, caídas, muerte) y pérdida de funcionalidad, discapacidad o dependencia (11).

Se define al paciente geriátrico como aquel paciente de edad avanzada, pluripatológico y polimedicado, que padece cierto grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria. Es habitual que se le atribuyan problemas afectivos o cognitivos y la necesidad de recursos socio sanitarios (11). Por tanto, es evidente que la definición de paciente geriátrico engloba aspectos de carácter clínico, funcional, mental y social de los cuales dista el simple término de anciano.

1.1.2. El paciente geriátrico en los Servicios de Urgencia Hospitalarios

La demanda de atención urgente ha crecido progresivamente en los últimos veinte años y de este aumento, el de la población mayor de 65 años ha sido el más exponencial. Actualmente, se estima que del total de atenciones en los Servicios de Urgencia Hospitalarios (SUH), un 15-25 % son originadas por dicho grupo poblacional (9).

En este sentido, el paciente geriátrico necesita valoraciones más complejas, requiriendo más pruebas complementarias y estancias prolongadas, lo que aumenta el porcentaje de ingresos. Todo lo anterior son causas de presión asistencial de los SUH (9).

Por otro lado, en comparación con la atención de pacientes jóvenes, se ha demostrado que el paciente geriátrico, además de presentar un mayor número de complicaciones y porcentaje de hospitalizaciones, también muestran una tasa más alta de refrecuentación, institucionalización y fallecimiento tras el alta (8,9). Por eso, un paciente que acude al SUH y sobre todo si se le clasifica como paciente frágil, debe considerársele como un paciente de riesgo.

El paciente geriátrico y el anciano frágil se caracterizan por una serie de peculiaridades que obligan a proporcionarles una atención con un enfoque distinto al aportado por los modelos tradicionales (7). La manifestación atípica de las patologías, la frecuente aparición de síndromes geriátricos, la alta comorbilidad, la elevada prevalencia de dependencia funcional y el notable riesgo social, son factores condicionantes para estos enfermos y les sitúan en una situación de vulnerabilidad importante (12).

Precisamente por estas particularidades, su asistencia en los SUH plantea dificultades diagnósticas y terapéuticas diferentes, y de una mayor complejidad que en el adulto no anciano.

Entre los problemas que presentan destacan la exigencia de emplear más tiempo para conseguir una buena anamnesis (por deficiencias en la comunicación, falta de información), las dificultades para llevar a cabo una correcta exploración física (menor expresividad, incapacidad física o mental), trabas en la ejecución e interpretación de pruebas complementarias, mayor riesgo de iatrogenia en el proceso terapéutico (efectos secundarios, reacciones adversas a medicamentos) y presencia de problemas de índole social (12).

Un 24 % de los ancianos frágiles que se atienden en los SUH terminan necesitando ingreso hospitalario. Entre 14-45 % padecen deterioro funcional y además tienen predicción de mal pronóstico a corto plazo, encontrando un 10 % de mortalidad y un 24 % de reingreso a los tres meses (13). Una situación de vulnerabilidad puede evidenciarse en urgencias como incapacidad funcional y si no se descubre y maneja precozmente, podría evolucionar hasta la dependencia severa (14).

Es de interés detectar a estos pacientes y realizar intervenciones de forma individualizada, abordando su funcionalidad y reduciendo su dependencia ya que si conocemos las causas durante la estancia en urgencias, se podrá determinar tanto el plan a seguir como el nivel asistencial más óptimo para estos pacientes (15). No obstante, no hay consenso sobre la escala o método de detección más apropiado en el medio de urgencias (16).

En consecuencia, es fundamental identificar este perfil de pacientes en los SUH, porque es donde hay mayor probabilidad de sufrir episodios adversos y a la vez, es el momento donde mayor potencial de reversibilidad existe (17), pudiéndose así determinar los programas de intervención y el plan de cuidados más adecuados.

1.1.3. Identificación del anciano de alto riesgo

En los últimos años, se han creado herramientas breves y sencillas con el propósito de detectar el anciano con riesgo de sufrir episodios adversos después de recibir asistencia en el SUH (18). Entre ellas destacan la *Triage Risk Screening Tool* (TRST) y la *Identification of Senior at Risk* (ISAR). Son escalas aplicadas por una enfermera en el triaje de los SUH y pretenden identificar al paciente vulnerable, lo que podría asimilarse a un triaje de fragilidad en el anciano, además de incluir variables que mejoran la validez predictiva de dichas escalas (17).

Sin embargo, Rivero A. et al. en 2017 publicaron un metanálisis sobre la capacidad de estas escalas de cribado para predecir nuevas visitas a urgencias, declive funcional o readmisiones hospitalarias y llegaron a la conclusión de que la interpretación de los resultados se ve limitada por el bajo número de estudios disponibles la falta de heterogeneidad (18).

Por lo que a pesar de la utilidad que representan, dichas escalas tienen sus limitaciones y no logran la exactitud pronóstica suficiente para considerarse de utilidad clínica en la predicción de efectos adversos a medio y a corto plazo. Si bien los valores de sensibilidad obtenidos

superan en varios casos el 85 %, esto ocurre a costa de un porcentaje alto de falsos positivos (18).

1.1.4. Valoración geriátrica integral

El hecho de detectar alto riesgo en pacientes ancianos obliga a realizar una evaluación geriátrica integral. Si bien es cierto que actualmente bibliografía certera con respecto al modelo más efectivo para dicha evaluación en el ámbito de urgencias (13), se han propuesto otros recursos que podrían optimizar la atención de estos pacientes, como son el diseño de áreas concretas de atención al paciente geriátrico o la intervención especializada mediante interconsulta a equipos geriátricos (19).

La valoración de este tipo de pacientes suele ir dirigida al motivo de consulta en exclusiva, de una forma unidimensional, pasando por alto todas las peculiaridades que se han descrito y menoscabando por tanto la valoración funcional, mental o social del paciente (13).

La valoración geriátrica integral es una evaluación llevada a cabo por un equipo interdisciplinar con el objetivo de detectar en el paciente geriátrico todos sus condicionantes clínicos, funcionales, mentales y sociales para poder establecer un plan de cuidados que mejore su calidad de vida y su funcionalidad (20). Esta valoración, contribuiría a orientar la realización o no de maniobras diagnósticas y terapéuticas agresivas y a evitar actitudes nihilistas sin que la edad sea la clave en la determinación, sino que lo sean otros factores como la funcionalidad y comorbilidad (21).

El modelo de atención al anciano frágil en urgencias tendría un enfoque multidimensional fundamentado en la valoración de aspectos clínicos, funcionales, mentales y sociales del paciente.



Figura 1. *Modelo de atención del paciente anciano en Urgencia.*

Fuente: Martín-Sánchez FJ, Fernández C, Merino C. El paciente geriátrico en urgencias. An Sist Sanit Navar. 2010;33:163-72.

Ya que no se dispone de una valoración geriátrica integral ajustada al entorno de urgencias ni evidencia en la literatura para realizar recomendaciones estándar sobre las herramientas más adecuadas en este ámbito, se necesitan recursos sencillos y validados que permitan identificar al paciente vulnerable y poder identificar los condicionantes que les afectan en cada una de las dimensiones descritas (clínica, funcional, mental, social).

1.1.4.1. Valoración clínica

La evaluación clínica es complicada ya que en ocasiones la anamnesis resulta dificultosa por la incapacidad que presenta el anciano para proporcionar la información. En tales circunstancias, es esencial la presencia de un cuidador fidedigno o un profesional sanitario de referencia que ayude a recabar información clínica. En lo referente a la exploración física, es necesaria más minuciosidad, destreza y perspicacia. Es imprescindible tener en cuenta la comorbilidad previa y se aconseja apoyarse en instrumentos validados para el ámbito de urgencias como el Índice de Charlson (13).

Por otro lado, la polifarmacia, habitualmente presente en estos pacientes, predispone a reacciones adversas a medicamentos y son difícilmente reconocibles. Además, es importante tener presente para la atención de estos enfermos, que existen una serie de fármacos que,

por criterios de eficacia o seguridad, no es recomendable utilizar en el paciente anciano (criterios de Beers) (22).

1.1.4.2. Valoración funcional

Para el paciente geriátrico, el factor pronóstico más importante, incluso por encima de la propia enfermedad, es la dependencia funcional. Está vinculado con el consumo de los recursos y con la necesidad de hospitalización. También se relaciona con la mortalidad, la dependencia funcional y la institucionalización (23). La capacidad funcional, en el contexto de urgencias, puede precisarse mediante escalas validadas que evalúan las actividades de la vida diaria como por ejemplo el Índice de Barthel y el Índice de Katz (20).

1.1.4.3. Valoración mental

Se estima que el 25% de los ancianos atendidos en un SUH padecen deterioro cognitivo y que sin embargo solo es detectado en uno de cada cuatro pacientes. El deterioro cognitivo y mas notablemente en aquellos pacientes infra diagnosticados, supone un indicador de alto riesgo que se asocia con un mayor numero de ingresos hospitalarios y visitas a urgencias, deterioro funcional y mortalidad (23).

Ante un paciente que sufre deterioro cognitivo, en urgencias debe indagarse si existen antecedentes psiquiátricos o demencia o no y estudiar si está padeciendo un cuadro de delirium. Para la valoración del cuadro confusional el Confusion Assessment Method (CAM) ha demostrado su utilidad (24).

1.1.4.4. Valoración social

En cuanto a la dimensión social, los pacientes geriátricos hospitalizados por cuestiones sociales acusan mayor mortalidad. Un buen entorno y sostén familiar que se responsabilice del cuidado y el seguimiento del paciente, junto con una buena coordinación con atención primaria, aseguran disminución de refrecuentación a urgencias (17). Se considera anciano de alto riesgo a aquel que vive solo, sin apoyo de cuidadores principales, que no tiene domicilio fijo o que tiene problemas económicos. (21).

1.1.5. Modelos de atención del paciente frágil en Urgencias

Actualmente, apenas hay ensayos clínicos aleatorizados (ECA's) sobre el abordaje del paciente frágil en urgencias. Los ECA's más distinguidos comparan el paradigma tradicional

con la participación de una enfermera formada en valoración geriátrica y que elabora un plan de cuidados del paciente al alta, evidenciando que se reduce el porcentaje de ingresos en residencias a 30 días y un incremento en la satisfacción del paciente de alto riesgo (25).

Según el estudio de Mc Cusker et al., en 2003, con similar diseño, evidenció una reducción del deterioro funcional a los 4 meses sin que eso implicara un aumento de los costes(26).

Caplan et al. incluyeron a usuarios mayores de 75 años en un plan de seguimiento en domicilio por parte de un equipo interdisciplinar y probaron un menor porcentaje tanto de visitas como de reingresos (27).

Runciman et al., escogiendo pacientes también de 75 o más años que acudieron a urgencias por traumatismo y que fueron altados con una evaluación geriátrica programada de forma prematura, observaron una disminución del deterioro funcional en dichos pacientes (28).

Los investigaciones sobre intervenciones que han manifestado beneficio son aquellas en las que se clasificaron a los pacientes frágiles dados de alta del servicio de urgencias y en las que o bien una enfermera experta o un equipo interdisciplinar habían realizado una valoración geriátrica integral (29).

1.2. Oportunidad de mejora

El servicio de urgencias del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, para donde se propone este plan de mejora, trabaja actualmente por “ubicaciones”, esto supone que en los puestos de agudos puede atenderse indistintamente a un paciente con fractura de cadera o con una disnea, esto quiere decir que, aunque determinadas patologías se podrían atender en el circuito de pacientes ambulatorios, en ocasiones las necesidades del enfermo requieren que la atención se de en un espacio más confortable y más seguro, siendo estos requisitos los que van a determinar la ubicación del enfermo más que la patología por la que consulte.

Explotando la base de datos del 2019 (la del 2020 por la pandemia puede resultar tergiversada) comprobamos que la distribución por edades de la población atendida en urgencias (figura 2) es similar a la de la población general.

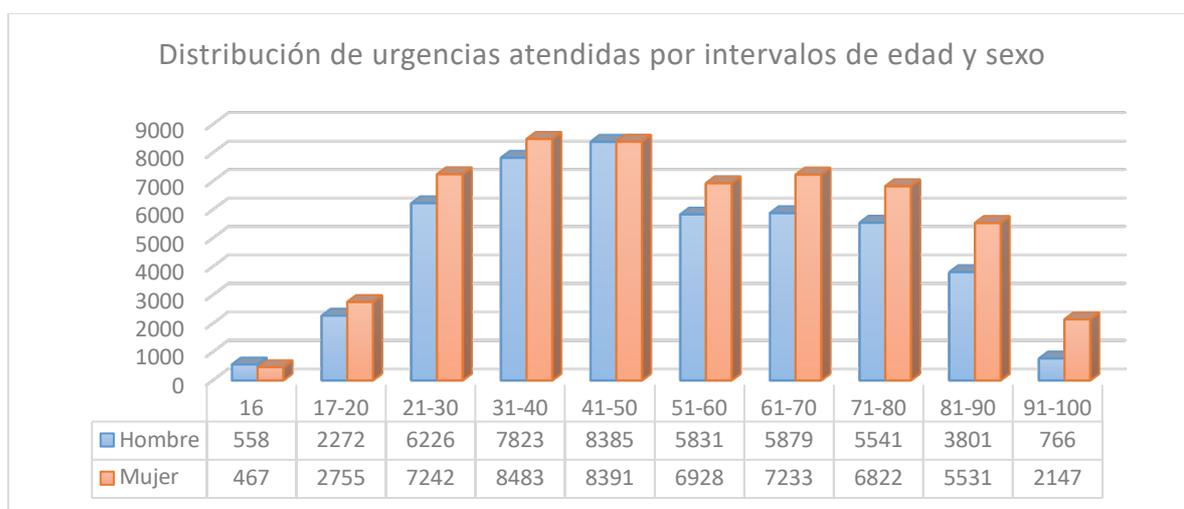


Figura 2. Distribución de urgencias por intervalos de edad y sexo.

Fuente: Cuadro de mandos HRJC.

El plan de mejora está orientado a la población mayor de 80 años y si analizamos por rango de edad las atenciones en urgencias, estos pacientes suponen un 12,31 %. Si ampliamos la edad a 70 años, representarían la cuarta parte de los pacientes que entran al servicio.

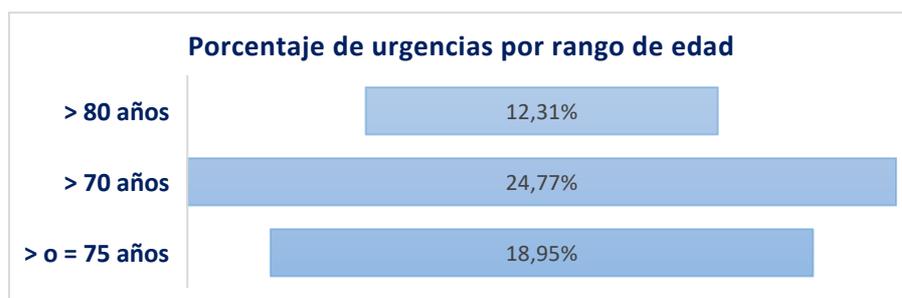


Figura 2. Porcentaje de urgencias por rango de edad.

Fuente: Cuadro de mandos HRJC.

Interesándonos por la ubicación de los pacientes, comprobamos que la mayoría de los pacientes mayores de 80 años entran a los boxes de agudos (61,92 %). Teniendo en cuenta que la sección de urgencias geriátricas utilizaría recursos de boxes para atender a estos pacientes, conviene valorar cuántos enfermos de media al día se asisten con esta condición.

Con respecto a los pacientes atendidos en el año 2019, este dato representa alrededor de 35 pacientes al día. Puede resultar llamativo proponer un plan de mejora para beneficiar a 35 pacientes, pero la convicción de los beneficios que supone este plan es tal que, incluso se va a llevar a cabo para 21 pacientes porque no todos los ancianos mayores de 80 años se ubican en boxes, ya que algunos son asignados a otro circuito (consultas, ginecología, críticos...).

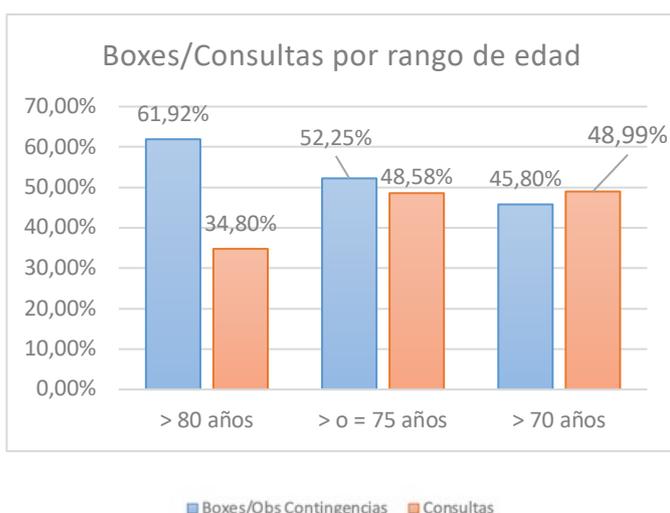


Figura 4. Porcentaje de pacientes atendidos en cada circuito según edad
Fuente: Cuadro de mandos HRJC.

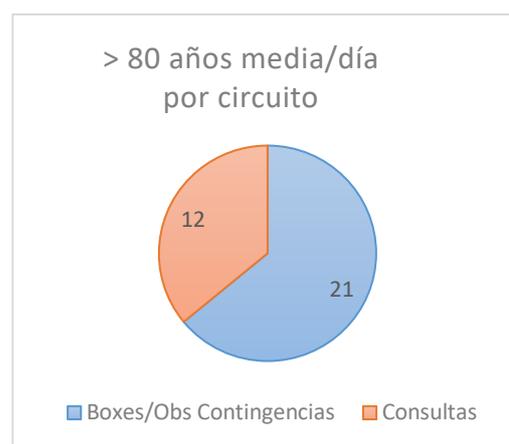


Figura 5. Media de pacientes >80 años atendidos según circuito
Fuente: Cuadro de mandos HRJC.

Ya que el plan de mejora está orientado a personas mayores de 80 años, conociendo cuántas son y que este tipo de pacientes por la complejidad que les caracteriza van a ocupar un recurso de urgencias durante un tiempo significativo, cabe preguntarnos, cuál es su estancia media de permanencia en el servicio.

Sorprende gratamente que la amplia mayoría de los usuarios por encima de los 80 años que se atiende en urgencias abandonan el servicio en menos de 12h.

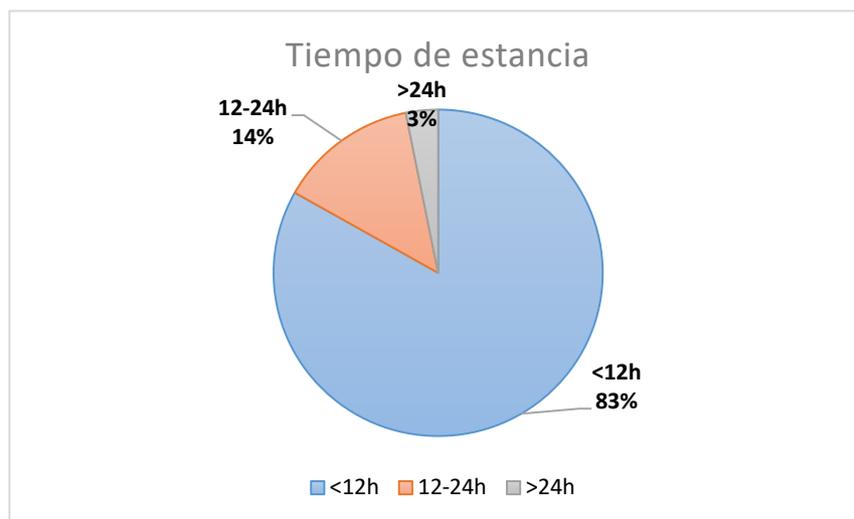


Figura 6. *Tiempo de estancia.*

Fuente: Cuadro de mandos HRJC.

Si analizamos el sector de aquellos que están menos de 12h, más de la mitad de los pacientes termina su proceso asistencial en urgencias en menos de 3h.

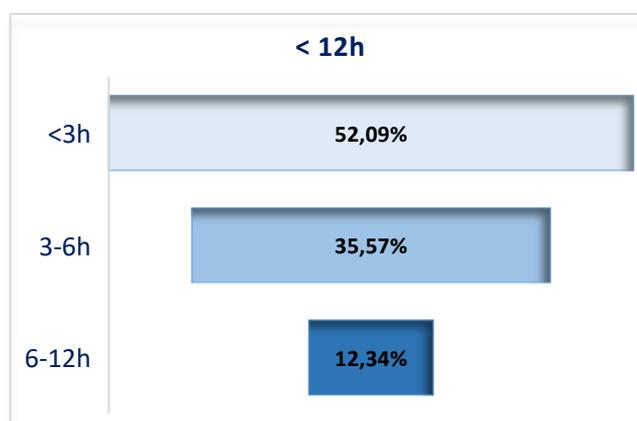


Figura 7. *Desglose de estancias <12h.*

Fuente: Cuadro de mandos HRJC.

Por todo lo anterior, el propósito de este estudio es brindar unos cuidados de calidad desarrollados desde el equipo del SUH, asegurando la seguridad del paciente, efectuando un diagnóstico y tratamiento adecuados y con intervenciones de enfermería óptimas dirigidas a evitar consecuencias graves en la población mayor de 80 años. Para ello, se pretende dar una cobertura que garantice el beneficio del paciente en todas las dimensiones que lo componen, atendiendo sus necesidades clínicas, funcionales, sociales y mentales, considerando sus preferencias y también la de sus allegados.

Todo ello en un contexto de atenciones a episodios urgentes por lo que debe darse en la mayor brevedad posible y valorando el riesgo de resultados adversos.

Este cambio de paradigma se hace imprescindible para dar respuesta a una nueva demanda y conseguirá resultados óptimos tanto para los pacientes como para el funcionamiento del SUH.

1.3. Justificación

Los gestores y líderes de un servicio hospitalario como el de Urgencias, tenemos la misión de pensar en proyectos que consigan mejorar la atención que ofrecemos a los pacientes y que además logren motivar a los equipos con los que trabajamos, los cuales están atravesando un momento frágil y crítico debido a la presión asistencial sufrida a raíz de la aparición del SAR-Cov2.

Todos los planes de mejora que pueden plantearse para un servicio de urgencias tienen un defecto que a la vez es una virtud, y es que tienen mucho tiempo para desarrollarse y cuentan con 24h al día por 7 días a la semana para demostrar si se está llevando a cabo.

Se ha puesto de manifiesto que el prototipo de atención al paciente anciano en los Servicios de Urgencia Hospitalarios no está acondicionado al paciente geriátrico, y abordando la cuestión se deja entrever, además, que la formación en geriatría de los profesionales de urgencias es escasa.

Los SHU, se pueden beneficiar de la geriatría para mejorar y optimizar la atención del anciano frágil y del paciente geriátrico.

La principal razón que motiva este plan de mejora es la asistencial, y es que se prevé que 1 de cada 3 pacientes atendidos por un proceso urgente tenga más de 65 años en el 2050, además la población anciana es la que más utiliza los SUH (y más apropiadamente) y, por último, la atención urgente al paciente mayor es compleja, tiene presentaciones atípicas, cuadros más graves y cuenta con un grado de fragilidad significativo. Todo ello conlleva un mayor consumo de recursos y probablemente no siempre ligado a la mejor asistencia.

Otro de los motivos para llevar a cabo el proyecto responde a un aspecto organizativo. Hacer siempre lo mismo genera los mismos resultados y por eso, el futuro pasa por hacer las cosas de otra manera.

En el año 2019 en el servicio de urgencias, y en previsión del aterrizaje de los médicos internos residentes, se realizó una reestructuración de los circuitos de atención para trabajar por

familias de pacientes, de tal manera que, desde el triaje, el paciente fuera asignado al circuito de urgencias más apropiado (URG TRAUMA-CONSULTAS, URG CIRUGÍA/ORL-CONSULTAS, PSQ-CONSULTAS...). Siguiendo esta línea del trabajo por familias de pacientes, también se hizo una reorganización del área de agudos planteándose mejorar la unidad de corta estancia, desarrollar una unidad de cuidados intermedios y la creación de una urgencia geriátrica.

La tercera razón que acerca a la creación de las Urgencias Geriátricas son los profesionales. Actualmente existe un problema en el mercado laboral sanitario. Es necesario ser competitivo y añadir valor tanto a los servicios que gestionamos como a los equipos que lideramos. Por un lado, se debe motivar al personal que ya forma parte de nuestras plantillas y por otro hay que atraer a futuros profesionales para que se incorporen al equipo y participen en proyectos innovadores.

2. Análisis de las causas

2.1. Análisis del contexto

2.1.1. Descripción del centro

El Hospital Universitario Rey Juan Carlos (HURJC) es un centro sanitario integrado en la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid. Con cerca de 95.000 m² de superficie y más de 65.000 m² construidos, está concebido para ofrecer una asistencia universal, cercana y eficaz (30).

2.1.2. Población del centro

El hospital da cobertura sanitaria a vecinos de la localidad de Móstoles y a madrileños de 17 municipios aledaños, convirtiéndose en el hospital de referencia para más de 176.000 ciudadanos (30).

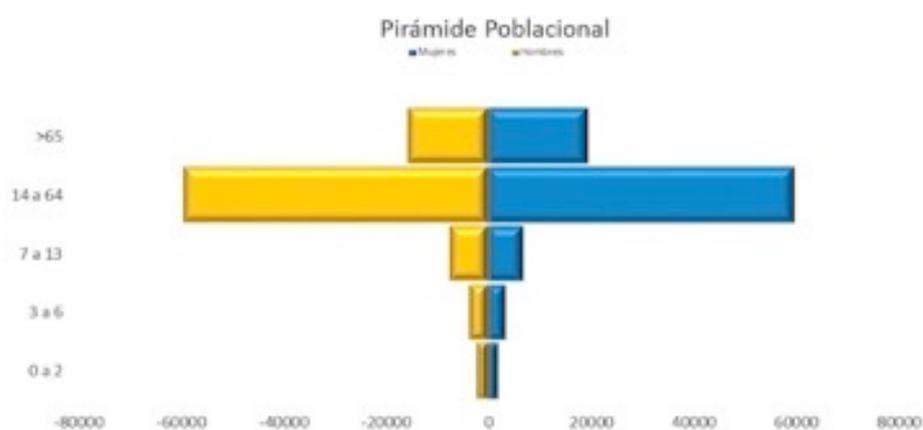


Figura 8. Estructura de la población del HURJ.

Fuente: Portal web HURJC.

2.1.3. Descripción del Servicio de Urgencias

Ideado para dar una respuesta óptima a las necesidades del ciudadano, con rapidez y seguridad, ofrece a sus usuarios una evaluación diagnóstica rápida, con soporte radiológico o analítico si es preciso, un tratamiento eficaz y seguro, y un destino final apropiado.

Los datos recopilados sobre la memoria del servicio indican que año tras año su actividad crece. En 2019, fueron atendidas un total de 149.457 urgencias, es decir, casi 4.000 más que

el año anterior. Para el mismo año, el índice de ingreso hospitalario fue de un 10,29 %, representando un 1,43% menos que en 2018 (10,44 %).

Mientras que el tiempo medio de espera para triaje es óptimo en 2019 (8,04 minutos) el resto de los indicadores referidos al tiempo de espera representa cifras mejorables según el objetivo marcado por el centro que gira en torno a disminuir los minutos con respecto al año anterior.

En 2019, el tiempo medio de espera entre el triaje y la primera atención media se estableció en 33,81 minutos, lo cual supone casi 6 minutos más que 2018. En relación con el tiempo medio de permanencia en urgencias, éste se incrementó en un 3,39% pasando de 219,02 minutos en 2019 a 226,46 minutos en el año 2018.

2.1.4. Organización del Servicio de Urgencias

Dispone de las instalaciones requeridas para garantizar el desarrollo adecuado de su actividad. Las áreas de atención quedan bien diferenciadas evitando interferencias de unas con otras, y todas cuentan con un control de enfermería y una sala de espera para pacientes.

Está diseñado para optimizar la atención de múltiples pacientes, asegurando la intimidad (visual y auditiva) de los mismos. Cuenta con una estructura flexible para crecer o menguar las distintas secciones en función de las variables circunstancias que marca la demanda, así como favorecer el tránsito de usuarios entre sus áreas asistenciales.

De acuerdo con lo expuesto se distinguen las siguientes Áreas Estructurales (30):

- ➔ **Admisión e Información**
- ➔ **Triaje:** su objetivo es concretar el motivo de consulta del paciente y asignarle el orden de prioridad en la asistencia.
- ➔ **Emergencias:** dedicada únicamente a la atención de pacientes en situación crítica o riesgo vital. Provista con medios de soporte vital avanzado y fácil acceso desde el exterior y desde el resto de las áreas de la Urgencia.
- ➔ **Área de Consultas:** abarca la atención a patologías médicas, traumatológicas, quirúrgicas (menores) y psiquiátricas. Equipada con consultas de exploración individuales, control de enfermería, sala para sillones y camillas de tratamiento, sala de curas y cirugía menor y una sala de yesos.

- **Área de Boxes:** compuesta por boxes de individuales, está reservada para la atención de pacientes con patología moderada – grave que van a precisar estar encamados o con mayor vigilancia y cuidados de enfermería.
- **Área de Observación:** alberga usuarios pendientes de evolución clínica para la toma de decisiones o en espera de asignación de cama en hospitalización.

2.2. Análisis de las causas

Con el fin de evaluar las causas del problema señalado, se ha utilizado el diagrama de Ishikawa o también llamado “espina de pescado”. Con esta herramienta, se recogen agrupados en categorías los factores que contribuyen al problema.

Este diagrama de causa-análisis se ha elaborado a partir de un DAFO desarrollado previamente donde se identificaron aquellos condicionantes que para bien o para mal podrían influir sobre el proyecto. Una vez creado el DAFO se clasificaron los problemas identificados en cada una de las categorías recogidas en el diagrama de Ishikawa.

<p style="text-align: center;">DEBILIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formación geriátrica del personal de urgencias limitada - Modelo de atención en urgencias no adaptado al paciente geriátrico - Espacio no diseñado para el paciente geriátrico (confortabilidad y seguridad) - Recursos humanos (enfermería y facultativos) - Protocolos de actuación centrados en los problemas del paciente frágil en el ámbito de urgencias 	<p style="text-align: center;">AMENAZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Necesidad de ampliación de recursos de urgencias - Fuga de profesionales - Demanda variable (horas, días de la semana y época del año)
<p style="text-align: center;">FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Líderes del servicio motivados - Coordinación entre el facultativo de urgencias, el equipo de geriatría y los profesionales de atención primaria o de las residencias - Disponibilidad de indicadores para la gestión 	<p style="text-align: center;">OPORTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trabajo en equipo multidisciplinar - Establecer un plan de cuidados particularizado - Orientar la realización de maniobras diagnósticas y terapéuticas, evitar infrautilización de técnicas - Optimizar cuidados ambulatorios - Reducir el número de ingresos - Dar altas de forma segura y efectiva desde urgencias

Tabla 1. *DAFO*.

Fuente: Elaboración propia.

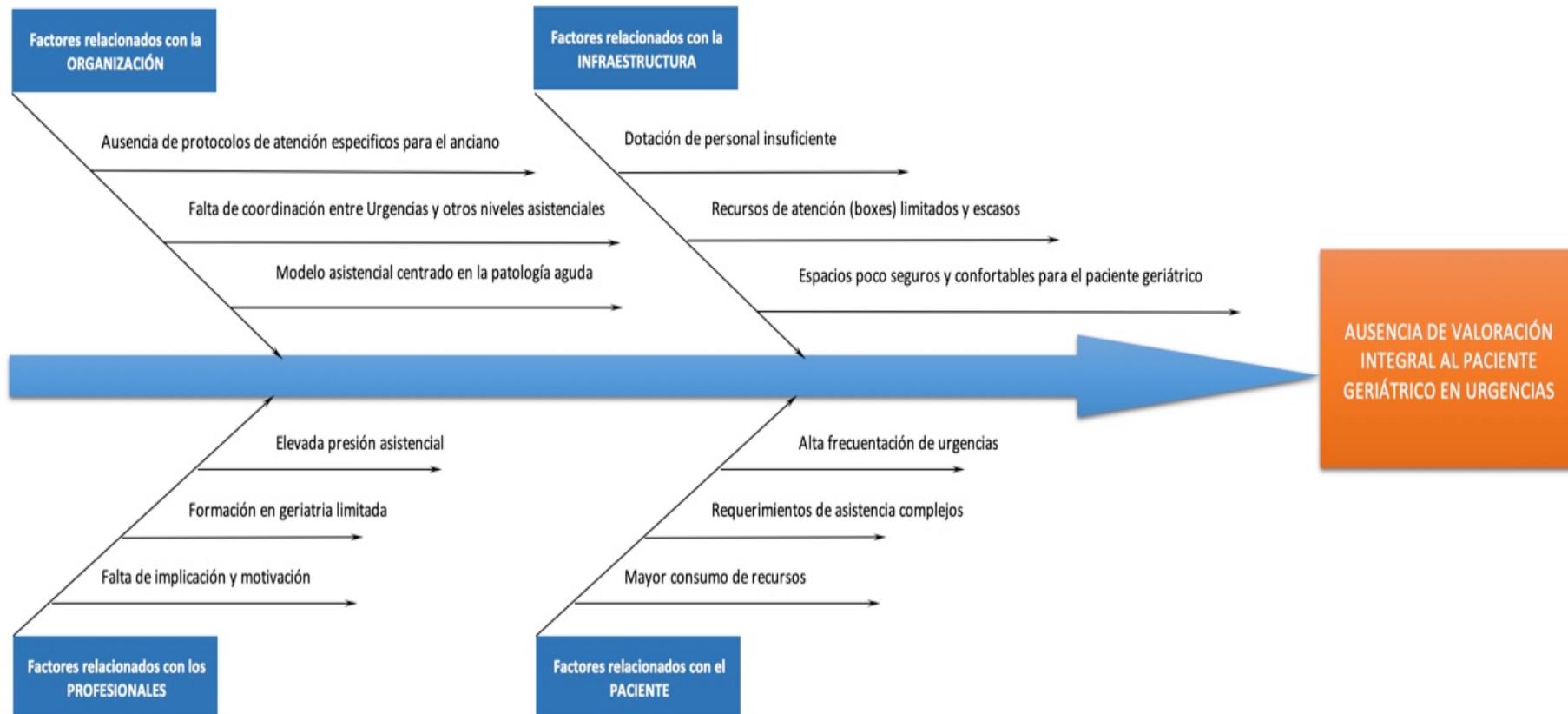


Figura 9. Diagrama causa-efecto.

Fuente: Elaboración propia.

2.2.1. Factores relacionados con la organización

- Ausencia de protocolos de atención específicos para el anciano: los procedimientos y protocolos de atención, no distinguen los pacientes adultos de los ancianos y, por tanto, pasan por alto las peculiaridades que estos últimos presentan.
- Falta de coordinación entre Urgencias y otros niveles asistenciales: la comunicación directa entre el nivel de atención primaria o sector socio sanitario es ineficaz e incluso inexistente a veces. Tampoco la figura de la enfermera de continuidad asistencial desempeña ninguna función en urgencias actualmente.
- Modelo asistencial centrado en la patología aguda: cuando el paciente geriátrico recibe atención en urgencias, ésta se centra en la esfera clínica, sin contemplarse una valoración de su contexto social, funcional y mental.

2.2.2. Factores relacionados con la infraestructura

- Dotación de personal insuficiente: con la plantilla actual no hay capacidad para dar respuesta a las necesidades del paciente geriátrico en todas sus dimensiones.
- Recursos de atención limitados y escasos: los puestos de atención para el paciente agudo son reducidos y disponer de más, pasa por reorganizar las áreas del servicio.
- Espacios poco seguros y confortables para el paciente geriátrico: los boxes presentan barreras arquitectónicas que condicionan la seguridad y comodidad de los pacientes y de los profesionales que los atienden.

2.2.3. Factores relacionados con los profesionales

- Elevada presión asistencial: la dotación de plantilla tan ajustada y la alta demanda de atención hace que la carga de trabajo sea elevada.
- Formación geriátrica limitada: amplia mayoría de facultativos y del personal de enfermería no cuentan con formación específica en geriatría en su currículum.
- Falta de implicación y motivación: la presión asistencial y el “burn out” genera un clima de desesperanza y desilusión entre los trabajadores.

2.2.4. Factores relacionados con el paciente

- Alta frecuentación de urgencias: la demanda de atención urgente está aumentando progresivamente.
- Requerimientos de asistencia complejos: el paciente presenta más comorbilidades, patologías más graves y tienen presentaciones atípicas.
- Mayor consumo de recursos: debido a la complejidad de su atención.

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

- Diseñar una propuesta de mejora para la atención al paciente geriátrico en el servicio de urgencias.

3.2. Objetivos específicos

- Prevenir la aparición del síndrome geriátrico en pacientes mayores de 80 años durante su estancia en urgencias.
- Reducir la tasa mensual de refrecuentación de urgencias de pacientes mayores de 80 años.
- Disminuir los ingresos hospitalarios semanales de pacientes mayores de 80 años atendidos en el servicio de urgencias.

4. Planificación de acciones correctivas

Analizadas las causas y formulados los objetivos que se pretenden conseguir, es preciso determinar las posibles acciones de mejora del plan.

A raíz de la elaboración del DAFO se desarrolla la tabla CAME que trata de dar respuesta a todos los aspectos señalados en el DAFO, con la intención de corregir las debilidades, afrontar las amenazas, mejorar las fortalezas y explotar las oportunidades.

Con el CAME como base, se despliega la matriz de verificación de acciones de mejora.

<p style="text-align: center;">CORREGIR</p> <ul style="list-style-type: none"> - Crear un plan de formación y capacitación del personal de urgencias - Impulsar un nuevo modelo asistencial en urgencias - Remodelar y rediseñar nuestras áreas de atención - Aumentar dotación de plantilla - Desarrollar protocolos y vías clínicas para reducir la variabilidad asistencial 	<p style="text-align: center;">AFRONTAR</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ampliación del servicio de urgencias - Motivación: grupos de mejora con capacidad para tomar decisiones - Estudiar la demanda y planificar los equipos según resultados
<p style="text-align: center;">MANTENER</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconocer logros y ensalzar el esfuerzo - Definir la figura de la enfermera de geriatría como punto de unión entre niveles y equipos asistenciales - Explotar indicadores actuales y creación de nuevos 	<p style="text-align: center;">EXPLOTAR</p> <ul style="list-style-type: none"> - Objetivos comunes, aportaciones diferentes y mismo valor - Protocolización de las actuaciones de enfermería según las necesidades de cuidados del paciente geriátrico - Coordinar el alta con el siguiente nivel asistencial

Tabla 2. *CAME*

Fuente: Elaboración propia.

CAUSAS ORIGINARIAS		ACCIONES A MEJORAR
ORGANIZACIÓN	Ausencia de protocolos de atención específicos para el anciano	Desarrollar protocolos y vías clínicas que impulsen un nuevo modelo asistencial en urgencias
	Modelo asistencial centrado en la patología aguda	
	Falta de coordinación entre Urgencias y otros niveles asistenciales	Incorporar la enfermera de geriatría a la plantilla y establecerla como punto de unión entre niveles y equipos asistenciales
	Dotación de personal insuficiente	Aumentar la dotación de plantilla
INFRAESTRUCTURA	Puestos de atención limitados y escasos	Ampliar la extensión del servicio de urgencias
	Espacios poco seguros y confortables para el paciente geriátrico	Remodelar y rediseñar nuestras áreas de atención
PROFESIONALES	Elevada presión asistencial	Estudiar la demanda y planificar los equipos según resultados
	Formación en geriatría limitada	Elaborar un plan de formación y capacitación del personal de urgencias
	Falta de implicación y motivación	Crear grupos de mejora con capacidad para tomar decisiones

		Reconocer logros y ensalzar el esfuerzo
PACIENTES	Alta frecuentación de urgencias	Orientar la realización de maniobras diagnósticas y terapéuticas
	Requerimientos asistenciales complejos	Protocolizar las actuaciones de enfermería según las necesidades de cuidados del paciente geriátrico
		Desarrollar protocolos y vías clínicas para reducir la variabilidad asistencial
	Mayor consumo de recursos	Optimizar los cuidados ambulatorios

Tabla 3. *Matriz de verificación de acciones de mejora.*

Fuente: Elaboración propia

A partir de las ideas planteadas en la matriz de verificación de acciones de mejora, se elaboran las siguientes propuestas:

- ➔ **Propuesta 1:** Definir una sección de urgencias donde asistir al paciente geriátrico con una perspectiva integral, atendiendo sus dimensiones clínica, funcional, cognitiva y social.
- ➔ **Propuesta 2:** Elaborar un plan de formación para el equipo médico y de enfermería centrados en la valoración y atención del paciente geriátrico en urgencias.
- ➔ **Propuesta 3:** Incrementar la dotación de plantilla de enfermería.
- ➔ **Propuesta 4:** Alcanzar el compromiso del equipo directivo con el plan para priorizar la movilización de recursos humanos y materiales del proyecto.

Concretadas las propuestas, es necesaria su priorización mediante la matriz de priorización de acciones de mejora tratando de evaluar en cada propuesta criterios preestablecidos como efectividad (E), eficiencia(E`), factibilidad (F) y aceptabilidad (A) siguiendo una escala valorativa del 1 al 5 donde 1 equivale al peor valor y 5 al mayor. Así puede comprobarse en la siguiente tabla:

ACCIÓN DE MEJORA	E	E`	F	A	PUNTUACIÓN TOTAL
Propuesta 1	5	5	4	4	18
Propuesta 2	4	4	4	5	17
Propuesta 3	4	5	4	4	17
Propuesta 4	4	5	4	4	18

Tabla 4. *Matriz de priorización de acciones de mejora.*

Fuente: Elaboración propia

De este modo, se determina que la primera propuesta es la más prioritaria. La creación de una sección dentro del servicio de urgencias destinada a la atención del paciente geriátrico (URGER) pretende asegurar una valoración integral a este tipo de enfermos y alejarse de la perspectiva tradicional que se enfoca exclusivamente en el aspecto clínico.

Las propuestas 2 y 3 estarán muy presentes puesto que para que la primera propuesta planteada salga delante de forma óptima, requiere que en paralelo se aumente la dotación de la plantilla y que esta además esté formada en los aspectos más relevantes en referencia al paciente geriátrico.

Por otro lado, la alianza con la dirección del centro es clave puesto que a través de ella se obtendrán los recursos que permitan un correcto desarrollo e implantación del plan de mejora.

Aquellas acciones no recogidas en las cuatro propuestas realizadas se llevarían a cabo en una segunda fase del proyecto en el que se prioricen nuevas propuestas de mejora.

5. Implantación de acciones correctivas

Instaurar acciones de mejora requiere la implicación de las personas comprometidas en dicha acción, una óptima formación de dichas personas y disponibilidad de recursos.

Para asegurar el éxito en las acciones, se deben tener en cuenta dos aspectos fundamentales como son la resistencia al cambio y el desarrollo de un plan de acción. En cuanto a la resistencia al cambio, para evitarla se deben identificar posibles fuentes de resistencias y fomentar la participación e implicación tanto de los líderes como de los profesionales.

Con respecto a la implementación del plan de acción, será necesario en su desarrollo atender a las siguientes cuestiones: ¿qué se va a hacer?, ¿cómo?, ¿cuándo?, ¿quién será el responsable? y ¿con qué recursos?

Las actividades que preceden al plan de acción son las siguientes:

Actividad: Reunión de equipo

- Definición: Encuentro entre los líderes implicados para tratar la propuesta y preparar aspectos que serán recogidos en el programa de atención de urgencias geriátricas (URGER)
- Calendario: Marzo 2021
- Responsable: Supervisión de enfermería y Jefatura del Servicio de Urgencias
- Recursos: Sala de juntas

Actividad: Elaboración del protocolo de atención en la URGER (anexo 7)

- Definición: Creación del protocolo de la URGER, estableciendo su misión, objetivos, criterios de inclusión, características, espacios, dotación de plantilla, requerimientos y funciones.
- Calendario: Marzo-abril 2021
- Responsable: Supervisión de enfermería y Jefatura del Servicio de Urgencias
- Recursos: Ordenadores con acceso a internet.

Actividad: Reunión con el equipo directivo

- Definición: Encuentro con la gerencia, dirección médica y de enfermería para la presentación del proyecto y requerimientos.
- Calendario: Abril 2021
- Responsable: Supervisión de enfermería y Jefatura del Servicio de Urgencias
- Recursos: Sala de juntas

Actividad: Reunión con el personal de enfermería

- Definición: Encuentro con el equipo de enfermeras y auxiliares de enfermería para la presentación del proyecto.
- Calendario: Abril 2021
- Responsable: Supervisión de enfermería
- Recursos: Salón de actos

Actividad: Modificación de la infraestructura

- Definición: Realización de obras en el servicio para adecuar los recursos a la atención que se pretende dar, por un lado, creando un baño-aseo amplio ubicado en un área central y por otro adecuando los boxes de atención retirando mobiliario prescindible para garantizar la seguridad y comodidad de los usuarios.
- Calendario: Mayo 2021
- Responsable: Jefe de Mantenimiento
- Recursos: Bienes y medios de construcción

Actividad: Formación del personal asistencial (anexo 7)

- Definición: Crear y desarrollar un plan de formación para facultativos y equipo de enfermería centrado en la atención del paciente frágil en urgencias.
- Calendario: Junio-octubre 2021
- Responsable: Supervisión de enfermería
- Recursos: Elementos y espacios para la docencia

Actividad: Apertura de la URGER

- Definición: Iniciación de la actividad asistencial de la URGER
- Calendario: Mayo 2021
- Responsable: Supervisión de enfermería y Jefatura del Servicio de Urgencias
- Recursos: Los propios del servicio

Una vez dispuestos tanto los recursos humanos como materiales, así como las infraestructuras al servicio de la atención del paciente geriátrico en urgencias, es necesario detallar qué actividades habría que llevar a cabo para cumplir los objetivos. Para ello, se ha escogido como guía el programa del americano “*Age-Friendly. Health Systems*” desarrollado por la Dra. Mary Tinetti, donde explica en que áreas es necesario focalizarse para “geriatrizar” la asistencia sanitaria (31).

La primera premisa de todas sería centrarse en lo que al paciente le importa (“*what matters*”) y tener en cuenta tanto el problema por el que consulta como todo su recorrido vital. Partiendo de esa base, las áreas en las que centrarse son:

Triage

- Actividades:
 - + Clasificar usuarios por encima de 80 años con riesgo de sufrir efectos adversos (escala TRST) (17).
 - + Ubicar pacientes que cumplen criterios en el área de la URGER
- Responsable: Enfermera de triaje.

Valoración geriátrica integral

- Actividades:
 - + Realizar una evaluación geriátrica integral del paciente (dimensiones clínica, funcional, mental y social).

→ Responsable: Enfermera geriátrica (lunes a viernes de 9-12h)

Movilidad

→ Actividades:

- + Promover de la sedestación y deambulación del paciente siempre que el paciente quiera y de forma segura.
- + Reducir el uso de sujeciones mecánicas

→ Responsable: Equipo de enfermería

Mental

→ Actividades:

- + Fomentar la orientación (audífonos, gafas, relojes y calendarios...)
- + Incitar a la actividad mental diurna (conversaciones, prensa, televisión, luz solar)
- + Asegurar descanso nocturno (evitar medicación y analíticas nocturnas, ruidos y mantener ambientes oscuros)

→ Responsable: Equipo de enfermería y facultativos

Medicación

→ Actividades:

- + Rehusar del uso de medicaciones inapropiados en el anciano

→ Responsable: Jefe de Servicio

Nutrición

→ Actividades:

- + Conservar prótesis dental
- + Evitar dietas restrictivas/ayunas
- + Asegurar correcta hidratación

- + Educar en la postura durante las ingestas
 - + Valorar alteraciones en la deglución
- Responsable: Equipo de enfermería

Continencia

- Actividades:
- + Evitar absorbentes
- Responsable: Equipo de enfermería

Es una esfera íntimamente ligada a la movilidad.

Para conseguir llevar a cabo todas las acciones expuestas con éxito, es imprescindible contar con una serie de elementos y condiciones que favorezcan tanto la implantación de las medidas como su mantenimiento. Estos componentes son los que a continuación se describen:

- A. Infraestructura:** boxes amplios y seguros, baño adaptado para minusválidos
- B. Medios materiales:** andadores, relojes, calendarios, televisores, sillones...
- C. Recursos humanos:**
 - i.** Personal de enfermería: 5 enfermeras y 5 auxiliares de enfermería y 1 enfermera de geriatría en horario de 9 a 12h.
 - ii.** Personal médico: 3 facultativos especialistas en geriatría.
- D. TIC's:** formularios de recogida de datos, cuadro de mandos.
- E. Implicación familiar:** permitir el acompañamiento 24h.
- F. Disposición:** decálogo de buen trato a las personas mayores.

6. Medición de resultados y monitorización

Para evaluar los resultados obtenidos y poder hacer seguimiento del cumplimiento de los objetivos, se propone una batería de indicadores de estructura proceso y resultado, específicos para la propuesta realizada.

A continuación se detallan los indicadores propuestos:

INDICADOR	TIPO	PERIODICIDAD	RESPONSABLE	ESTÁNDAR
Nº de sesiones sobre la atención al paciente geriátrico en urgencias	Proceso	Semestral	Supervisor de Enfermería	100% (5 sesiones)
Satisfacción de los pacientes atendidos en la URGER	Resultado	Mensual	Supervisor de Enfermería	NPS > 90%
Capacidad funcional del paciente geriátrico atendido en la URGER al alta	Resultado	Mensual	Enfermera de geriatría	≥ 0
Nº de hospitalizaciones de pacientes geriátricos desde urgencias	Resultado	Mensual	Dirección médica	< 2019

Nº pruebas complementarias realizadas al paciente geriátrico en urgencias	Resultado	Mensual	Dirección médica	< 2019
Porcentaje de valoraciones geriátricas integrales en la URGER	Resultado	Mensual	Enfermera de geriatría	100%
Tasa de caídas del paciente geriátrico en urgencias	Resultado	Mensual	Supervisión de enfermería	<2019

Tabla 5. *Indicadores del proyecto*

Fuente: Elaboración propia

6.1. FICHAS DE INDICADORES

Nº de sesiones sobre la atención al paciente geriátrico en urgencias	
Tipo de indicador	Proceso
Definición	Sesiones formativas sobre la atención al paciente geriátrico realizadas
Fórmula	Número de sesiones realizadas
Estándar	100% (5 sesiones)
Fuente de datos	Registro hojas de asistencia
Responsable	Supervisor de enfermería
Periodicidad	Semestral

Tabla 6. *Indicador 1*

Fuente: Elaboración propia

Satisfacción de los pacientes atendidos en la URGER	
Tipo de indicador	Resultado
Definición	Puntuación obtenida en el Net Promoter Score de pacientes ingresados en la URGER
Fórmula	$\text{Promotores} - \text{Detractores} / \text{Encuestados} * 100$
Estándar	NPS > 90%
Fuente de datos	Cuadro de mandos
Responsable	Supervisor de enfermería
Periodicidad	Mensual

Tabla 7. *Indicador 2*

Fuente: Elaboración propia

Capacidad funcional del paciente geriátrico atendido la URGER al alta	
Tipo de indicador	Resultado
Definición	Evaluación del nivel de la capacidad funcional al alta del SUH con respecto al estado basal de pacientes ingresados en la URGER
Fórmula	Puntuación Barthel basal – Puntuación Barthel al alta
Estándar	≥ 0
Fuente de datos	Cuadro de mandos
Responsable	Enfermera de geriatría
Periodicidad	Mensual

Tabla 8. *Indicador 3*

Fuente: Elaboración propia

Nº de hospitalizaciones de pacientes geriátricos desde urgencias	
Tipo de indicador	Resultado
Definición	Hospitalizaciones de pacientes >85 años desde urgencias
Fórmula	Hospitalizaciones >85 años desde urgencias 2019 – Hospitalizaciones >85 años desde urgencias 2021
Estándar	≥ 2019
Fuente de datos	Cuadro de mandos
Responsable	Dirección médica
Periodicidad	Mensual

Tabla 9. *Indicador 4*

Fuente: Elaboración propia

Nº de pruebas complementarias (PPCC) realizadas al paciente geriátrico en urgencias	
Tipo de indicador	Resultado
Definición	PPCC realizadas a pacientes ingresados en la URGER
Fórmula	PPCC realizadas a pacientes >85 años en urgencias en 2019 – PPCC realizadas a pacientes ingresados en la URGER en 2021
Estándar	< 2019
Fuente de datos	Cuadro de mandos
Responsable	Dirección médica
Periodicidad	Mensual

Tabla 10. *Indicador 5*

Fuente: Elaboración propia

Porcentaje de valoraciones geriátricas integrales en la URGER	
Tipo de indicador	Resultado
Definición	Valoraciones geriátricas integrales realizadas a pacientes ingresados en la URGER
Fórmula	Porcentaje de valoraciones geriátricas integrales realizadas
Estándar	100%
Fuente de datos	Cuadro de mandos
Responsable	Enfermera geriátrica
Periodicidad	Mensual

Tabla 11. *Indicador 6*

Fuente: Elaboración propia

Tasa de caídas del paciente geriátrico en urgencias	
Tipo de indicador	Resultado
Definición	Tasa de caídas del paciente geriátrico atendido en Urgencias
Fórmula	Nº de caídas / Nº estancias
Estándar	< 2019
Fuente de datos	Cuadro de mandos
Responsable	Supervisor de enfermería
Periodicidad	Mensual

Tabla 12. *Indicador 7*

Fuente: Elaboración propia

7. Conclusiones

La cada vez más significativa presencia de enfermedades crónicas en la población general y la creciente demanda de atención urgente por parte de ésta obliga a plantear nuevos modelos de atención sanitaria y no solo cabe diseñarlos desde una perspectiva eficiente e innovadora sino también como un elemento motivador para los sanitarios.

Aunque la formación en geriatría de los profesionales es limitada y la dotación de enfermeras y facultativos en el momento actual es muy ajustada debido a la alta demanda de profesionales que existe, la creación de la URGER es factible y desarrollarla, además de suponer beneficios para la gestión de la institución, otorgaría el nivel de excelencia y calidad que merece el paciente geriátrico en su atención. La asistencia del paciente geriátrico en urgencias debe ir encaminada hacia la prevención de los síndromes geriátricos puesto que representan uno de los efectos adversos más relevantes en la atención a este tipo de pacientes. Es por eso, que el proyecto lleva implícito un programa de formación dirigido a los profesionales que aborda todos los aspectos relacionados con el síndrome geriátrico y que dota al personal de recursos, conocimientos y habilidades que le ayudan a identificar y prevenir dicho síndrome.

Reflexionar sobre en qué consiste la atención centrada en el paciente y más concretamente en el geriátrico, obliga a concluir que sus peculiaridades requieren que tanto los circuitos, los recursos, las infraestructuras y sobretodo la mentalidad de los profesionales, se alineen con la idea de que es imprescindible que la asistencia del paciente geriátrico englobe a todas las dimensiones que lo componen, es decir, no solo la cuestión clínica, sino también valorando aspectos de su condición mental, funcional y social. Precisamente en esto último es donde se encuentra el eje central del valor que tiene este proyecto. Es poco eficiente para un servicio de urgencias atender un paciente en estado agudo, resolverlo y no ocuparse de si de cara al alta conserva las condiciones mentales óptimas para entender y aplicar las modificaciones de su tratamiento habitual, si cuenta con soporte familiar que colabore en el cuidado o si es suficientemente autónomo como para satisfacer sus actividades básicas de la vida diaria. En definitiva, es de vital importancia asegurar que el paciente reúne los requisitos mínimos que podrían evitarle volver al SUH por los mismos motivos (o incluso más graves aún) a los pocos

días o incluso horas después de recibir alta. El paciente necesita ser evaluado en todas sus esferas y esto se consigue a través de la valoración geriátrica integral (VGI).

Además, asegurar una VGI en el SUH, permite coordinarse de forma ágil con el resto de los niveles asistenciales (NA) consensuando los medios diagnósticos y terapéuticos que se deben llevar a cabo y valorando si es asumible por parte del siguiente NA para que la atención no derive en hospitalización.

A lo largo del documento se ha venido argumentando porque un plan como este puede traer beneficios a los pacientes geriátricos y se han propuesto una serie de hitos a perseguir, pero cabe destacar, que más allá de la consecución o no de los objetivos planteados, es significativo el paso hacia delante que se da en cuanto a la humanización de la asistencia al paciente anciano.

Este es un proyecto ambicioso donde la principal propuesta de mejora es la creación, dentro de las Urgencias Generales, una sección de Urgencias Geriátricas (URGER). Surge tras identificar factores relacionados con la congestión del Servicio de Urgencias, la desmotivación de los equipos y el modelo asistencial que estamos aplicando con los pacientes geriátricos en urgencias.

8. Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística (INE). Proyección de la población de España a largo plazo: 2009-2049 [base de datos en Internet]. Madrid: INE; 2009, [citado 15 Abr 2021] Disponible en https://www.ine.es/metodologia/t20/t2030251_2009.pdf
2. De Brauwier I, D'Hoore W, Swine C, Thys F, Beguin C, Cornette P. Changes in the clinical features of older patients admitted from the emergency department. *Arch Gerontol Geriatr.* 2014 Jul-Aug;59(1):175-80. doi: 10.1016/j.archger.2014.03.005. Epub 2014 Mar 26. PMID: 24726321.
3. Gómez-Picard P, Fuster-Culebras J. Atención a la cronicidad: desafío estratégico, macrogestión y políticas de salud. *Enf Clin,* 2014;24(1): 12- 17 DOI: [10.1016/j.enfcli.2013.12.001](https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.12.001)
4. Ollero-Baturone M, Alvarez M, Baron-Franco B, Bernabeu-Wittel M, Codina A, Fernández A. Atención al paciente pluripatológico. Proceso asistencial integrado. Junta de Andalucía. [Internet]. [citado 1 de junio de 2021]. 2018 Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956d9935a_01_introduccion_2018.pdf
5. Cordech J, Pérez-Berruezo X, Sánchez-Pérez I, Sánchez E, Ibern P, Pérez M, *et al.* Evaluación de la efectividad de un programa de atención integrada y proactiva a pacientes crónicos complejos. *Gac Sanit,* 2018; 32(1), 18–26 Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/gs/2018.v32n1/18-26>
6. Sánchez-Martín CI. Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. *Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico.* *Enferm Clin.* 2014; 24(1), 79-89 DOI: [10.1016/j.enfcli.2013.12.007](https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.12.007)
7. Martín-Sánchez FJ, Fernández C, Gil P. Puntos clave en la asistencia al anciano frágil en Urgencias. *Med Clínica.* enero de 2013;140(1):24-9. DOI: [10.1016/j.medcli.2012.04.009](https://doi.org/10.1016/j.medcli.2012.04.009)
8. Albaladejo R, Gomez-Pavon J, Ruipérez I. Geriatria y urgencias hospitalarias [Internet]. [citado 27 de abril de 2021]. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2003;38(4):237-38. Disponible en:

- <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X03748902>.
9. Martín-Sánchez FJ, Fernández C, Merino C. El paciente geriátrico en urgencias. *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2010 [citado 2021 May 12]; 33(Suppl 1): 163-172. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200017&lng=es.
 10. Martín-Sánchez FJ, González J, El Vira C. et al. Diferencias del sistema de triaje Manchester entre ancianos y adultos. En: XXI Congreso Nacional Sociedad Española de Urgencias y Emergencias. *Emergencias*; 2009: 264 (volumen extraordinario).
 11. Bortz WM 2nd. A conceptual framework of frailty: a review. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2002 May;57(5):M283-8. doi: 10.1093/gerona/57.5.m283. PMID: 11983721.
 12. Salgado A, Guillén F, Ruipérez I. *Manual de geriatría*. 3.ª ed. Barcelona: Masson; 2002.
 13. Duaso E, López-Soto A. Valoración del paciente frágil en urgencias. *Emergencias*. 2009;21:362-9.
 14. Fernández C, González del Castillo J, González JJ, Martín-Sánchez FJ. La detección del paciente anciano frágil en el área de observación de urgencias [Detection of the frail elderly patient in the emergency department observation area]. *Aten Primaria*. 2011 Aug;43(8):449. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2010.07.005. Epub 2011 Feb 18. PMID: 21334105; PMCID: PMC7025002.
 15. Escobedo R, Izquierdo MN, Belzunegui T. El deterioro funcional y la polifarmacia como predictoras de riesgo en el paciente mayor de 65 años en urgencias. *Ene*. [Internet]. 2017 [citado 2021 Jun 15]; 11(2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988348X2017000200009&lng=es.
 16. Salvi F, Morichi V, Grilli A, Lancioni L, Spazzafumo L, Polonara S, Abbatecola AM, De Tommaso G, Dessi-Fulgheri P, Lattanzio F. Screening for frailty in elderly emergency

department patients by using the Identification of Seniors At Risk (ISAR). *J Nutr Health Aging*. 2012 Apr;16(4):313-8. doi: 10.1007/s12603-011-0155-9. PMID: 22499448.

17. Hastings SN, Purser JL, Johnson KS, Sloane RJ, Whitson HE. Frailty predicts some but not all adverse outcomes in older adults discharged from the emergency department. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56(9):1651-7.
18. Rivero A, del Pino T, Ramallo Y. Valor de los instrumentos ISAR y TRST para predecir resultados adversos en población general geriátrica asistida en los servicios de urgencias: metanálisis. *Emergencias*. 2017;29:49-60.
19. Kilshaw L, Australian and New Zealand Society for Geriatric Medicine. Australian and New Zealand Society for Geriatric Medicine position statement no. 14 guidelines for the management of older persons presenting to emergency departments 2008. *Australas J Ageing*. 2009 Sep;28(3):153-7. doi: 10.1111/j.1741-6612.2009.00380.x. PMID: 19845658.
20. Wanden-Berghe C. Valoración geriátrica integral. *Hosp Domic [Internet]*. 30 de abril de 2021[citado 23may21];5(2):115-24. Disponible en: <https://revistahad.eu/index.php/revistahad/article/view/136>
21. Fernández E, Estévez M. La valoración geriátrica integral en el anciano frágil hospitalizado: revisión sistemática. *Gerokomos [Internet]*. 2013 Mar [citado 2021 Jul 12]; 24(1):8-13. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000100002&lng=es
22. Pastor J, Aranda A, Gascón J, Rausell VJ, Tobaruela M. Adaptación española de los criterios Beers. *Anales Sis San Navarra [Internet]*. 2015 Dic [citado 2021 Jun 7]; 38(3):375-385. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272015000300002
23. Olsson T, Terent A, Lind L. Charlson Comorbidity Index can add prognostic information to Rapid Emergency Medicine Score as a predictor of long-term mortality. *Eur J Emerg Med*. 2005 Oct;12(5):220-4. doi: 10.1097/00063110-200510000-00004. PMID: 16175058.

24. Hustey FM, Meldon SW. The prevalence and documentation of impaired mental status in elderly emergency department patients. *Ann Emerg Med.* 2002 Mar;39(3):248-53. doi: 10.1067/mem.2002.122057. PMID: 11867976.
25. Mion LC, Palmer RM, Meldon SW, Bass DM, Singer ME, Payne SM, et al. Case finding and referral model for emergency department elders: a randomized clinical trial. *Ann Emerg Med.* 2003 Jan;41(1):57-68. doi: 10.1067/mem.2003.3. PMID: 12514683.
26. McCusker J, Jacobs P, Dendukuri N, Latimer E, Tousignant P, Verdon J. Cost- effectiveness of a brief two-stage emergency department intervention for high- risk elders: results of a quasi-randomized controlled trial. *Ann Emerg Med.* 2003; 41:45–56 doi:10.1067/mem.2003.4
27. Caplan GA, Williams AJ, Daly B, Abraham K. A randomized, controlled trial of comprehensive geriatric assessment and multidisciplinary intervention after discharge of elderly from the emergency department--the DEED II study. *J Am Geriatr Soc.* 2004 Sep;52(9):1417-23. doi: 10.1111/j.1532-5415.2004.52401.x. PMID: 15341540.
28. Runciman P, Currie CT, Nicol M, Green L, McKay V. Discharge of elderly people from an accident and emergency department: evaluation of health visitor follow-up. *J Adv Nurs.* 1996 Oct;24(4):711-8. doi: 10.1046/j.1365-2648.1996.02479.x. PMID: 8894888.
29. Wilhelmson, K, Duner A, Eklund K. *et al.* Design of a randomized controlled study of a multi-professional and multidimensional intervention targeting frail elderly people. *BMC Geriatr.* 2011; 11 (24) <https://doi.org/10.1186/1471-2318-11-24>
30. Comunidad de Madrid. Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Memoria 2019. [Internet]. Madrid, Consejería de Sanidad; 2019. [citado 1 Jun 2021] Disponible en: <https://www.hospitalreyjuancarlos.es/es/conocenos/memorias.ficheros/1948168-memoria-2019-hurjc.pdf>
31. Mate KS, Berman A, Laderman M, Kabcenell A, Fulmer T. Creating Age-Friendly Health Systems - A vision for better care of older adults. *Healthc (Amst).* 2018 Mar;6(1):4-6. doi: 10.1016/j.hjdsi.2017.05.005.

9. Anexos

9.1. Anexo 1: Escala TRST

1. <input type="checkbox"/> History of cognitive impairment (poor recall or not oriented)
2. <input type="checkbox"/> Difficulty walking / transferring or recent falls
3. <input type="checkbox"/> Five or more medications
4. <input type="checkbox"/> ED use in previous 30 days or hospitalization in previous 90 days
5. <input type="checkbox"/> Lives alone and/or no available caregiver
6. <input type="checkbox"/> ED staff professional recommendations:
<input type="checkbox"/> Nutrition / weight loss
<input type="checkbox"/> Incontinence
<input type="checkbox"/> Failure to cope
<input type="checkbox"/> Medication issues
<input type="checkbox"/> Sensory deficits
<input type="checkbox"/> Depression / low mood
<input type="checkbox"/> Other _____

If 2 or more factors identified: Referral to GEM Nurse Referral to GEM Nurse **not** indicated
 Referral to Social Work when GEM nurse not available

Fuente: HealthCare SJ. Triage Risk Screening Tool (TRST) [Internet]. [citado 12 de julio de 2021]. Disponible en:
https://www.siog.org/files/public/st_josephs_healthcare_triage_risk_screening_tool-1.pdf

9.2. Anexo 2: Índice de Charlson

Comorbilidad	Puntuación
Infarto de miocardio	1
Insuficiencia cardiaca congestiva	1
Enfermedad vascular periférica	1
Enfermedad cerebrovascular	1
Demencia	1
Enfermedad pulmonar crónica	1
Enfermedad del tejido conectivo	1
Úlcera péptica	1
Afección hepática benigna	1
Diabetes	1
Hemiplejía	2
Insuficiencia renal moderada o severa	2
Diabetes con afección orgánica	2
Cáncer	2
Leucemia	2
Linfoma	2
Enfermedad hepática moderada o severa	3
Metástasis	6
SIDA	6

Fuente: Charlson ME, Charlson RE, Paterson JC, et al.: The Charlson comorbidity index is adapted to predict costs of chronic disease in primary care patients. J Clin Epidemiol 2008; 61(12): 1234-1240

9.3. Anexo 3: Criterios de Beers

Criterio de Beers		
	PA No comercializados	Nuevos PA Incluidos
Anti-colinérgicos	Carbinoxamina	Alimemazina, Mequitazina, Tietilperazina
Anti-parkinsonianos	Benzatropina	Prociclidina
Antiespasmódicos	Aceclidina+Clordiazepóxido, Propantelina	
α-Agonistas Centrales	Guanabenz, Guanfacina, Reserpina	
Antiarrítmicos	Dofetilida, Ibutilida, Quinidina	Hidroquinidina
Digoxina		Metildigoxina
Antidepresivos tricíclicos	Clordiazepóxido +Amitriptilina	Dosulepina
Antipsicóticos	Loxapina, Molindona, Promazina, Tiotixeno, Trifluoperazina, Triflupromazina, lloperidona, Lurasidona	Levomepromacina, Pipotiazina, Tiaprida, Sulpirida, Zuclopentixol, Periciazina, Sertindol, Amisulpirida, Clotiapina
Tioridazina y Mesoridazina	Tioridazina, Mesoridazina	
Barbitúricos	Amobarbital, Butabarbital, Butalbital, Mefobarbital, Pentobarbital, Secobarbital	
Benzodiazepinas	Estazolam, Temazepam	Clotiazepam, Lormetazepam, Bentazepam, Brotizolam, Loprazolam, Medazepam, Pinazepam, Flunitracepam, Halazepam, Bromazepam, Ketazolam
Hidrato de cloral	Hidrato de Cloral	
Meprobamato	Meprobamato	
Hipnóticos no benzodiazepina	Zaleplon	
Ergoloides mesilatos e Isoxsuprina	Isoxsuprina	
Andrógenos	Metiltestosterona	
Extracto seco de tiroides	Extracto Seco de Tiroides	
Trimetobenzamida	Trimetobenzamida	
AINE no COX selectivos	Diflunisal, Etodolaco, Fenoprofeno, Meclofenamato, Oxaprozina, Sulindaco, Tolmetina	Dexibuprofeno, Dexketoprofen, Piketoprofeno, Aceclofenaco, Ác. Nifúmico, Mornifumato, Lornoxicam, Tenoxicam, Metamizol, Propifenazona, Clonixino, Fenilbutazona, Isonixina
Relajantes musculares	Carisoprodol, Clorzoxazona, Metaxalona, Orfenadrina	
Insuficiencia cardíaca	Rosiglitazona	Parecoxib, Etoricoxib
Convulsiones crónicas / Epilepsia		Reboxetina
Delirio	Amoxapina, Desipramina, Protriptilina, Proclorperazina, Darifenazina	Tetrazepam, Melitraceno, Fludrocortisona, Deflazacort, Fluorcortolona
Insomnio	Pemolina	Fenil-Propanolamina, Dexanfetamina

PA= Principios activos.

Fuente: Pastor Cano J., Aranda García A., Gascón Cánovas J.J., Rausell Rausell V.J., Tobaruela Soto M.. Adaptación española de los criterios Beers. Anales Sis San Navarra. 2015

9.4. Anexo 4: Índice de Barthel

Comer	0 = incapaz 5 = necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc. 10 = independiente (la comida está al alcance de la mano)
Trasladarse entre la silla y la cama	0 = incapaz, no se mantiene sentado 5 = necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas). puede estar sentado 10 = necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal) 15 = independiente
Aseo personal	0 = necesita ayuda con el aseo personal 5 = independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse
Uso del retrete	0 = dependiente 5 = necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo. 10 = independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)
Bañarse /Ducharse	0 = dependiente 5 = independiente para bañarse o ducharse
Desplazarse	0 = inmóvil. 5 = independiente en silla de ruedas en 50 m. 10 = anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal) 15 = independiente al menos 50 m., con cualquier tipo de muleta, excepto andador
Subir y bajar escaleras	0 = incapaz 5 = necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta 10 = independiente para subir y bajar
Vestirse y desvestirse	0 = dependiente 5 = necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda 10 = independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.
Control de heces	0 = incontinente (o necesita que le suministren enema) 5 = accidente excepcional (uno/semana) 10 = continente
Control de orina	0 = incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa 5 = accidente excepcional (máximo uno/24 horas) 10 = continente, durante al menos 7 días
Total	0-100 puntos (0-90 si usan silla de ruedas)

Fuente: Cid-Ruzafa Javier, Damián-Moreno Javier. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 1997 Mar [citado 2021 Jul 13] ; 71(2): 127-137. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200004&lng=es.

9.5. Anexo 5: Índice de Katz

1. Baño	Independiente: Se baña solo o precisa ayuda para lavar alguna zona, como la espalda, o una extremidad con minusvalía
	Dependiente: Precisa ayuda para lavar más de una zona, para salir o entrar en la bañera, o no puede bañarse solo
2. Vestido	Independiente: Saca ropa de cajones y armarios, se la pone, y abrocha. Se excluye el acto de atarse los zapatos
	Dependiente: No se viste por sí mismo, o permanece parcialmente desvestido
3. Uso del WC	Independiente: Va al WC solo, se arregla la ropa y se limpia
	Dependiente: Precisa ayuda para ir al WC
4. Movilidad	Independiente: Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo, y puede levantarse de una silla por sí mismo
	Dependiente: Precisa ayuda para levantarse y acostarse en la cama o silla. No realiza uno o más desplazamientos
5. Continencia	Independiente: Control completo de micción y defecación
	Dependiente: Incontinencia parcial o total de la micción o defecación
6. Alimentación	Independiente: Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente (se excluye cortar la carne)
	Dependiente: Precisa ayuda para comer, no come en absoluto, o requiere alimentación parenteral

Fuente: Álvarez M, Alaiz AT, Brun E, et al: Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el Índice de Katz. Fiabilidad del método. Atenc Prim 1992; 10: 812-815

9.6. Anexo 6: Confusion Assessment Method (CAM)

Criterios y descripciones del CAM-ICU		
<p>1. Comienzo agudo o evolución fluctuante Es positivo si la respuesta es Sí a 1A o 1B</p> <p>1A. ¿Hay evidencia de un cambio agudo en el estado mental sobre el estado basal? O 1B. ¿Ha fluctuado el comportamiento (anormal) en las últimas 24 horas? Es decir. ¿Tiene a aparecer y desaparecer, o aumentar y disminuir en gravedad, evidenciado por la fluctuación de una escala de sedación (p.e, RASS), o GC. o en la evaluación previa del delirio.</p>	Ausente	Presente
<p>2. Falta de atención ¿Tuvo el paciente dificultad para fijar la atención, evidenciada por puntuaciones < 8 en cualquiera de los componentes visual o auditivo del ASE?</p> <p>2A. Comience con el ASE de letras. Si el paciente es capaz de hacer esta prueba y la puntuación es clara, anote esta puntuación y pase al punto 3.</p> <p>2B. Si el paciente no es capaz de hacer esta prueba o la puntuación no está clara. Haga el ASE de figuras. Si hace las dos pruebas use el resultado del ASE de figuras para puntuar.</p>	Ausente	Presente
<p>3. Pensamiento desorganizado ¿Hay evidencia de pensamiento desorganizado o incoherente por respuestas incorrectas a 2 o más de las 4 preguntas. y/o incapacidad para obedecer órdenes?</p> <p>3A. Pregunta de Si o No (alternar grupo A y grupo B): Grupo A ¿Puede flotar una piedra en el agua? ¿Hay peces en el mar? ¿Pesa un kilo más que dos kilos? ¿Se puede usar un martillo para clavar un clavo? Grupo B ¿Puede flotar una hoja en el agua? ¿Hay elefantes en el mar? ¿Pesan dos kilos más que un kilo? ¿Se puede usar un martillo para cortar madera?</p> <p>3B. Órdenes Decir al paciente: "Muestre cuántos dedos hay aquí". Enseñar 2 dedos, colocándose delante del paciente. Posteriormente decirle "Haga lo mismo con la otra mano" El paciente tiene que obedecer ambas órdenes.</p>	Ausente	Presente
<p>4. Nivel de conciencia alterado Es positivo si la puntuación RASS es diferente de 0</p>	Ausente	Presente
<p>Puntuación global Si el 1 y el 2 cualquiera de los criterios 3 ó 4 están presentes el enfermo tiene delirio</p>	Sí	No

Fuente: Carrera Castro Carmen, Romero Moreno Francisco Javier, González Pérez Andalucía. Revisión de la utilidad y fiabilidad de la Confusion Assessment Method en atención especializada y primaria, 2013. *av.enferm.* [Internet]. 2015 May [cited 2021 July 13] ; 33(2): 261-270. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002015000200008&lng=en.

9.7. Anexo 7: Protocolo de atención de la URGER

Protocolo de atención en la URGER	
Versión 1	Julio 2021
Autores	Jefe Servicio de Urgencias
	Supervisor de enfermería de Urgencias
	Jefe Servicio de Geriátrica
	Enfermera de Geriátrica
	Geriátrica del Servicio de Urgencias

1. INTRODUCCIÓN

El Hospital Universitario Rey Juan Carlos, con el propósito de mejorar la atención al paciente geriátrico en Urgencias, se ha planteado la creación de una sección específica de atención geriátrica con el objetivo de cumplir los requerimientos de este tipo de pacientes.

2. OBJETIVO

Elaborar un instrumento que recoja los procedimientos y tareas propias del servicio y se garantice la estandarización de los cuidados y actuaciones que llevan a cabo los profesionales.

3. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES DE LA URGER

Misión

Cuidar de la salud y bienestar de los pacientes geriátricos en el Servicio de Urgencias con el paciente como centro de la atención y con el apoyo de profesionales cualificados, las más modernas instalaciones y avanzados medios tecnológicos.

Visión

Liderar la transformación de la asistencia al paciente geriátrico en urgencias actual para asegurar su sostenibilidad, promoviendo la eficiencia y la innovación, e incorporando las nuevas tecnologías disponibles.

Ser reconocidos como referentes a nivel local (Madrid-Sur), nacional e internacional, desde la perspectiva asistencial en el ámbito de las urgencias y el paciente geriátrico.

Valores

Lo primero, las personas: El cuidado de la salud y bienestar de las personas es nuestra razón de ser. Nos esforzamos en proporcionar seguridad y tranquilidad a cada paciente, su familia y acompañantes.

Trabajo en equipo: Hacer equipo es coordinar e integrar esfuerzos para alcanzar una meta común. Es sumar conocimientos y experiencias. Es compartir metas y creer que "juntos, somos más"

Compromiso: Promovemos el valor de cada vocación profesional. Fomentamos el compromiso y la implicación en el trabajo diario. Nuestra dedicación redundará en la calidad de nuestro servicio.

Humanización: Queremos ser reconocidos por nuestra cercanía y empatía con el paciente. Ofrecemos un trato amable y cálido. Buscamos favorecer el respeto y la comunicación. Competencia profesional. Ofrecemos un nivel de asistencia de máxima calidad. Contamos con profesionales expertos y cualificados. Buscamos ser eficaces y eficientes.

Innovación: Innovar es explorar nuevos caminos y mejorar los existentes. Es tener una mente abierta y una actitud creativa. Es evolucionar, buscar resultados diferentes. Es liderar.

Cercanía: Cuidamos de la salud de las personas y del entorno que las rodea. Compromiso Social con las personas, su entorno, retornando a la sociedad el conocimiento, la investigación y la innovación.

4. ESTRUCTURA FÍSICA

La unidad está situada en la planta 1 del hospital, dentro del servicio de Urgencias Generales. La extensión se corresponde con el área marcada en color azul en el plano dibujado en la figura 10.

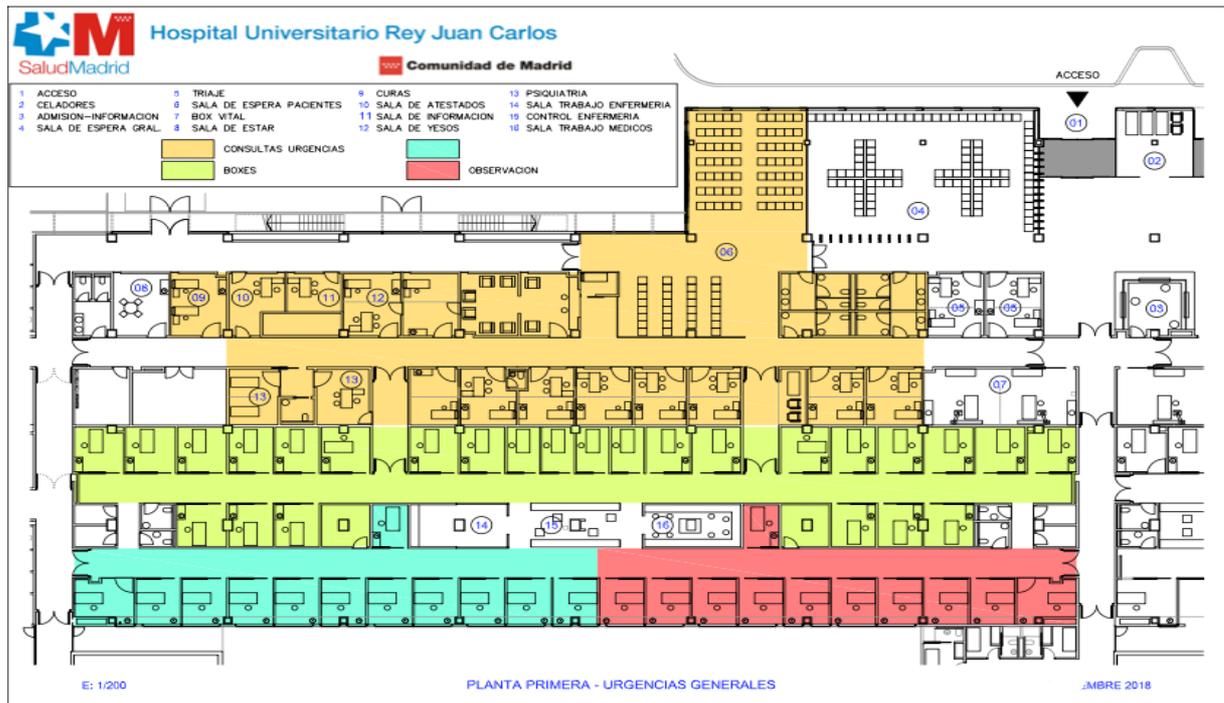


Figura 10: Plano de Urgencias Generales.

Fuente: Cuadro de mandos Hospital Universitario Rey Juan Carlos

La unidad dispone de 10 boxes individuales distribuidos a lo largo de un pasillo y cuenta con un baño adaptado en la zona central.

Comparte control de enfermería con el área de observación y boxes de Urgencias generales y también otros espacios de servicios centrales como cuarto de residuos, almacén y cuarto de lencería.

5. RUTA ASISTENCIAL

Llegada del paciente al servicio de Urgencias



Triage (escala TRST)



Ingreso en URGER



Valoración geriátrica integral



Establecimiento del plan de cuidados



Coordinación con el siguiente nivel asistencial



Alta del servicio / ingreso hospitalario

6. EQUIPO HUMANO

- 5 Enfermeras (mañana tarde y noche)
- 5 Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (mañana tarde y noche)
- 1 Enfermera Especialista en Geriatria (L-V 9-12h)
- 3 Geriatras (mañana y tarde)
- 1 Supervisor de enfermería (L-V 8-15:30)

9.8. Anexo 8: Programa de formación en geriatría

El plan de formación sobre la atención al paciente geriátrico tiene como propósito mejorar o proporcionar conocimientos y habilidades en la asistencia al paciente geriátrico. Está dirigido al equipo de enfermería y facultativos.

Sesión 1: Definición del síndrome geriátrico

A. Contenido:

1. ¿Qué es la geriatría?
2. El origen y significado de los síndromes geriátricos
3. ¿Qué tienen en común los síndromes geriátricos?
4. Etiología y consecuencias de los síndromes geriátricos
5. Actuación ante un síndrome geriátrico
6. Prevención de los síndromes geriátricos

B. Objetivos:

1. Conocer que es la geriatría y el síndrome geriátrico
2. Identificar los síndromes geriátricos en el paciente

Sesión 2: El delirio, los estados depresivos y la demencia

A. Contenido:

1. Definición
2. Factores de riesgo
3. Prevención y cuidados

B. Objetivos:

1. Identificar, tratar y prevenir el delirio, los estados depresivos y la demencia

Sesión 3: Alteraciones de la movilidad, polifarmacia e incontinencia urinaria

A. Contenido:

1. Definición
2. Factores de riesgo
3. Prevención y cuidados

B. Objetivos:

1. Identificar, tratar y prevenir las alteraciones de la movilidad, la polifarmacia y la incontinencia urinaria

Sesión 4: Trastornos sexuales, del sueño y alteraciones sensoriales

A. Contenido:

1. Definición
2. Factores de riesgo
3. Prevención y cuidados

B. Objetivos:

1. Identificar, tratar y prevenir los trastornos sexuales, del sueño y las alteraciones sensoriales

Sesión 5: Malnutrición y deshidratación

A. Contenido:

1. Definición
2. Factores de riesgo
3. Prevención y cuidados

B. Objetivos:

1. Identificar, tratar y prevenir la malnutrición y la deshidratación

Sesión 6: Valoración Geriátrica Integral

A. Contenido:

1. Definición, aplicación y método

B. Objetivos:

1. Adquirir conocimientos para realizar una VGI a un paciente geriátrico

10. Currículum vitae

DATOS PERSONALES

Javier Díaz Guisado

6/8/1988

Calle Las Palmas, 48

28938 Móstoles (Madrid)

605 632 572

jdiazguisado@gmail.com

FORMACIÓN ACADÉMICA

- Actualmente: cursando Máster Universitario en Gestión y Dirección de Unidades de Enfermería (UNIR)
- 2006-2009: Diplomatura en Enfermería (UAM). Mención de honor de la E.U.E. de la Fundación Jiménez Díaz por los méritos contraídos en los estudios universitarios

EXPERIENCIA PROFESIONAL

- Octubre 2020- Actualmente: Supervisor de Enfermería de Urgencias Generales Hospital Universitario Rey Juan Carlos
- Septiembre 2017 – Septiembre 2020: Coordinador de Enfermería. Hospital Universitario Rey Juan Carlos
- Abril 2012 - Agosto 2017: Enfermero asistencial en Neurología y Unidad de Ictus Hospital Universitario Rey Juan Carlos
- Julio 2009 – Marzo 2012: Enfermero asistencial en Hospitalización Medico-Quirúrgica Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz