

# III JORNADA SOCIOSANITÀRIA

## Propostes disruptives per a l'evolució del model d'atenció sociosanitària

Reptes de funcionament de la xarxa assistencial:  
Atenció Primària, Hospitals i Sociosanitari

Mireia Puig Campmany  
Servei d'Urgències  
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

*Abril 2018*

1



## Recursos i activitat d'urgències 2016

### Catalunya

7.030.238 urgències ateses

130.856 (1,9%) més que l'any anterior

811,5 urgències per 1.000 habitants

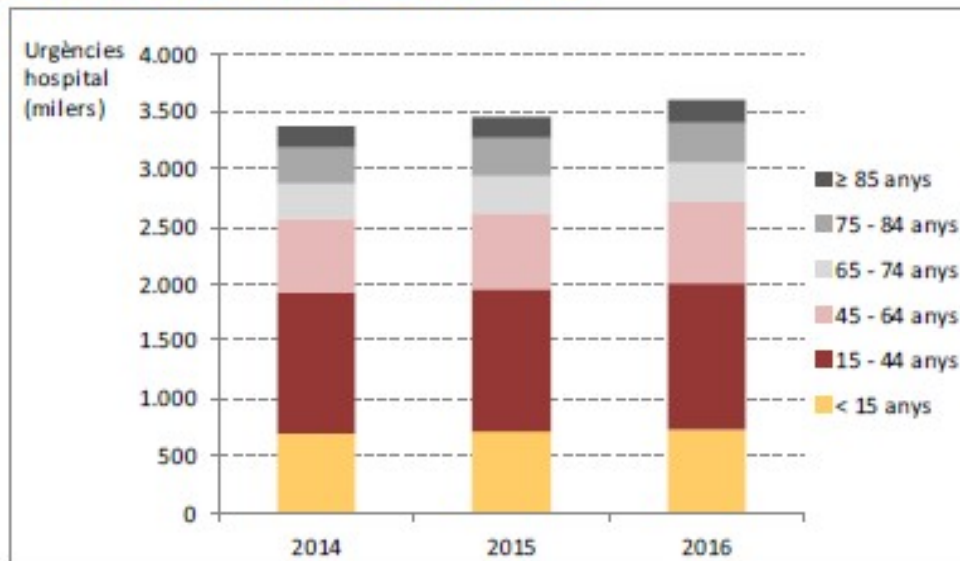
Si bé gran part de l'atenció urgent es dona als serveis d'urgències dels hospitals d'aguts, també hi ha altres recursos específics per donar resposta a aquesta demanda.

Font: CMBD, informes breus

Urgències anuals	2015	2016	Diferència
<b>Hospitals</b>	3.351.994	3.469.756	3,5%
<b>CUAP<sup>1</sup></b>	1.143.580	1.054.686	-7,8%
Atenció al centre	1.089.483	1.031.589	-5,3%
Atenció al domicili	54.097	23.097	-57,3%
<b>AP continuada</b>	1.536.569	1.573.767	2,4%
Atenció al centre	1.414.432	1.468.302	3,8%
Atenció al domicili	122.137	105.465	-13,7%
Atenció telefònica	56.174	58.688	4,5%
<b>SEM</b>	867.239	932.029	7,5%
Operador no sanitari	16.609	17.401	4,8%
Operador sanitari	198.159	222.505	12,3%
Suport vital bàsic	545.178	582.474	6,8%
Suport vital avançat terrestre	104.795	106.979	2,1%
Suport vital avançat aeri	2.498	2.670	6,9%
<b>TOTAL</b>	<b>6.899.382</b>	<b>7.030.238</b>	<b>1,9%</b>



### Evolució de l'activitat d'urgències



← **Hospital:** des de l'any 2014 la distribució de les urgències per grups d'edat es manté força estable, però en els grups majors de 44 anys hi ha hagut un increment relatiu important. El grup de **45 a 64 anys** és el que ha tingut un **increment**, en xifres absolutes, més gran (**prop de 71.000 urgències**).

*En els darrers anys les urgències hospitalàries han augmentat un 7%: un 11% en els grups de 45 a 74 anys i un 15% en el de 85 anys o més.*

Divisió d'Anàlisi de la Demanada i l'Activitat. Àrea d'Atenció Sanitària. Servei Català de la Salut



**Patologia atesa als dispositius d'urgències. Any 2016**

A Catalunya, s'utilitza el Model Andorrà de Triage (MAT) com a sistema únic de gestió de les urgències, que les tria i classifica en 5 nivells segons la prioritats en que han de ser ateses.

Nivell de triatge	Hospital		AP alta resolució	
	N	%	N	%
I Risc vital immediat	7.042	0,2	226	0,0
II Risc vital previsible	175.432	5,0	5.856	0,8
III Risc potencial	1.122.248	31,7	111.550	14,6
IV Sense risc vital	1.839.740	51,9	439.092	57,4
V No urgent	398.135	11,2	207.747	27,2
<b>Total</b>	<b>3.542.597</b>	<b>100,0</b>	<b>764.471</b>	<b>100,0</b>

Sense informació: 370.065 (7,9%)

*El 63% de les urgències hospitalàries i el 84% de les ateses en un centre d'urgències d'atenció primària (CUAP) no presenten cap risc vital (RV) o no poden considerar-se urgències.*

El percentatge d'urgències amb risc vital (nivells I, II i III), en general, **augmenta amb l'edat**. En els hospitals, passa d'un 19% en el grup de 5 a 9 anys a un 73% en els de 95 anys o més, però en els nens menor de 5 anys el nivell de risc vital augmenta a mesura que són més petits, i és del 37% en els menors d'un any.



- Població catalana 1/1/2017
  - 7.496.276: 3.673.224 homes i 3.823.052 dones
- Edat, estimació

Any	65-84	> 84	Pacients majors de 65a
2013	14.8%	2.6%	17.4%
2026	19.2%	3.8%	22%
2051	26.7%	7.2%	33.9%

- Índex de dependència (nº persones > 65 a / 100 persones d'entre 16 i 64 a)

2016	Índex de dependència
Espanya	26.3
Unió Europea	27.5

Catalunya	Índex de dependència
2013	26.5
2026	34.3
2051	55.9

Font: Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT), projeccions de població 2013-2051 (Oct 2014)

5



- Regne Unit

- 65.808.573 , més de 11 milions de persones més grans de 65 anys (17,93%)

Edat	% Malaltia o dependència
65 - 74 a	40%
75 – 84 a	55%
> 85 a	67%

- Impacte

- > 65 anys generen

- el 60% ingressos hospitalaris
    - El 70% de les urgències

- Malaltia de llarga durada

- El 33% dels > 65 a i el 46% dels > 75 a

Font: Parlament Regne Unit. <https://publications.parliament.uk/pa/cm201213/cmselect/cmhealth/6/6vw03.htm>





## SPECIAL CONTRIBUTION

---

# Optimal Older Adult Emergency Care: Introducing Multidisciplinary Geriatric Emergency Department Guidelines From the American College of Emergency Physicians, American Geriatrics Society, Emergency Nurses Association, and Society for Academic Emergency Medicine

Christopher R. Carpenter, MD, MSc, Marilyn Bromley, RN, Jeffrey M. Caterino, MD, MPH, Audrey Chun, MD, Lowell W. Gerson, PhD, Jason Greenspan, MD, Ula Hwang, MD, David P. John, MD, William L. Lyons, MD, Timothy F. Platts-Mills, MD, MSc, Betty Mortensen, RN, Luna Ragsdale, MD, MPH, Mark Rosenberg, DO, MBA, and Scott Wilber, MD, MPH

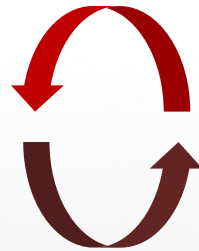
ACADEMIC EMERGENCY MEDICINE 2014;21:806-809



# Programa d'Atenció a la Fragilitat del Servei d'Urgències 2011-2018

Una població específica i nombrosa amb necessitats especials d'atenció

Si no atenem aquestes necessitats a urgències, precoçment



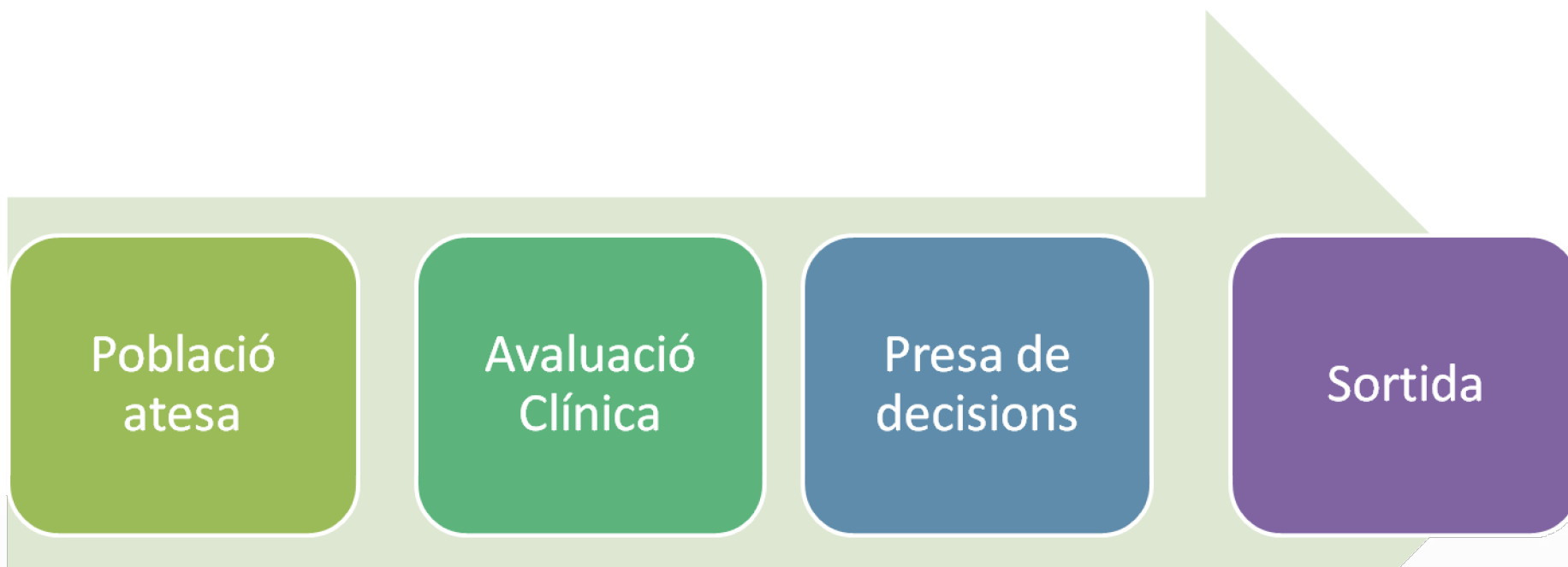
L'atenció no és de qualitat, ni integral, ni resolutive, ni genera qualitat percebuda  
Riscos per als pacients

S'allarguen les estades a Urgències (i a l'Hospital), contribueix a la saturació





# Atenció Urgent “Clàssica”



**Problema únic de salut**  
**Diagnòstic**  
**Tractament**  
**Sortida precoç**



# Atenció Urgent en Pacients Fràgils

Detecció de població a avaluar

Avaluació de les necessitats

Presca de decisions ajustada a necessitats

Transferència assistencial correcta

Entorn Posthospitalari  
Actuacions coordinades

**Problemes múltiples de salut**  
**Control de símptomes, maximitzar la funció**  
**Primar la qualitat de vida**  
**Continuïtat en les cures**



# Programa d'Atenció a la Fragilitat del Servei d'Urgències HSCSP

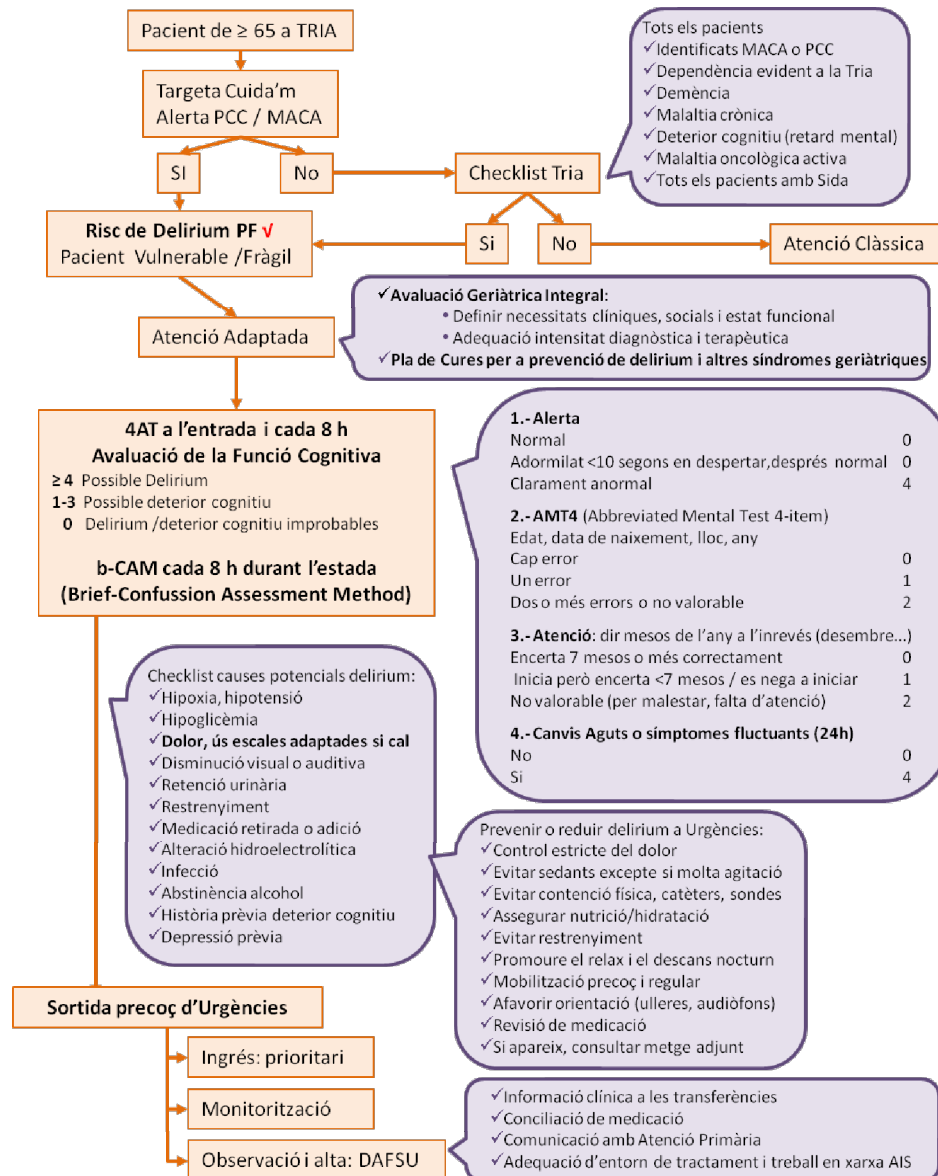
## Tres Eixos Estratègics

- ✓ Adaptació del Servei d'Urgències en l'atenció a la Fragilitat
  - Implantació d'AGI
  - Pla de Cures específic
  - Programa de Formació
  - Presa de decisions adaptada
- ✓ Creació d'una Àrea adaptada a la fragilitat dins del Servei
- ✓ Promoure la integració del Servei d'Urgències en la xarxa de proveïdors de salut del AIS Dreta en una atenció urgent compartida

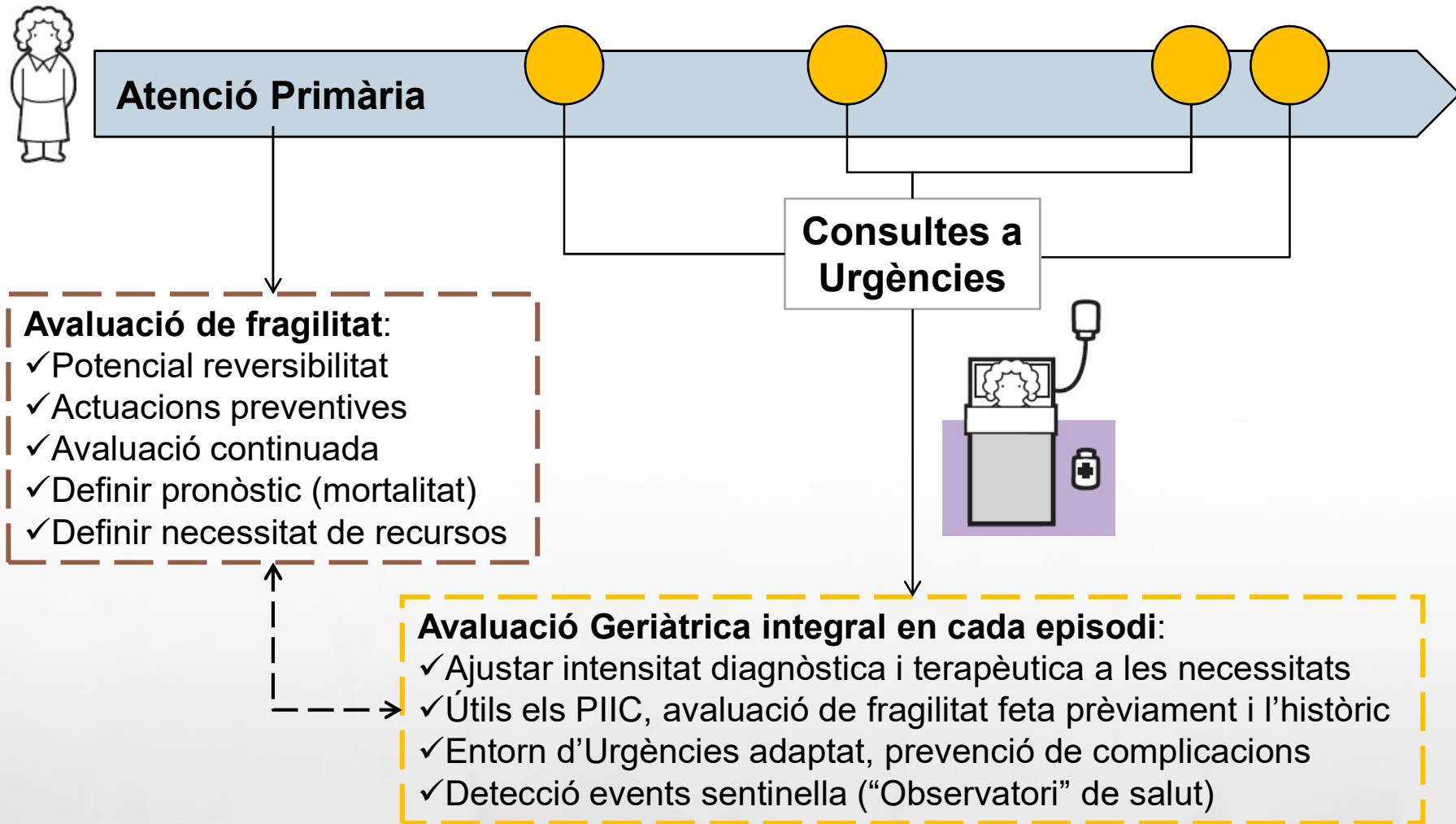
## Programa d'Atenció a la Fragilitat a Urgències (PAF) Identificació precoç i maneig inicial del delirium a Urgències

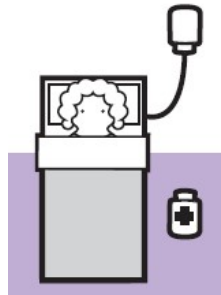


Introducció: el delirium és un canvi agut en la funció cognitiva, té una causa orgànica, és pot prevenir i és reversible. És una urgència mèdica. Tots els pacients de  $\geq 65$  a han de ser revisats per delirium a entrar a Urgències.



# Atenció a la Fragilitat, Atenció Primària i d'Urgències





### **Avaluació Geriàtrica integral en cada episodi:**

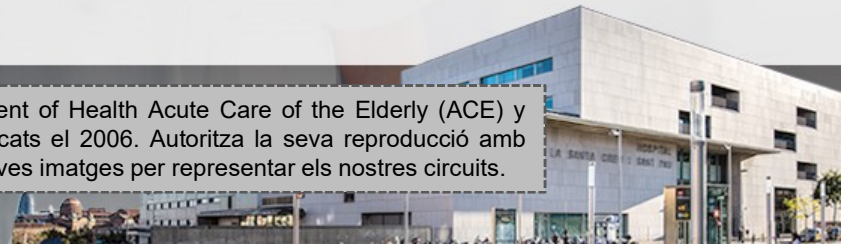
- ✓ Ajustar intensitat diagnòstica i terapèutica a les necessitats
- ✓ Útils els PIIC, avaluació de fragilitat feta prèviament i l'històric
- ✓ Entorn d'Urgències adaptat, prevenció de complicacions
- ✓ Detecció events sentinella ("Observatori" de salut)

### **Definir la trajectòria per resoldre el procés urgent:**

- ✓ En base a la informació anterior, necessitats i preferències
  - ✓ Pes del diagnòstic, el tractament i el pronòstic
  - ✓ Pes del grau de dependència en el procés agut i previsió de millora
  - ✓ Pes del tipus / temps de cuidador disponible
- ✓ Vetllar per la continuïtat assistencial

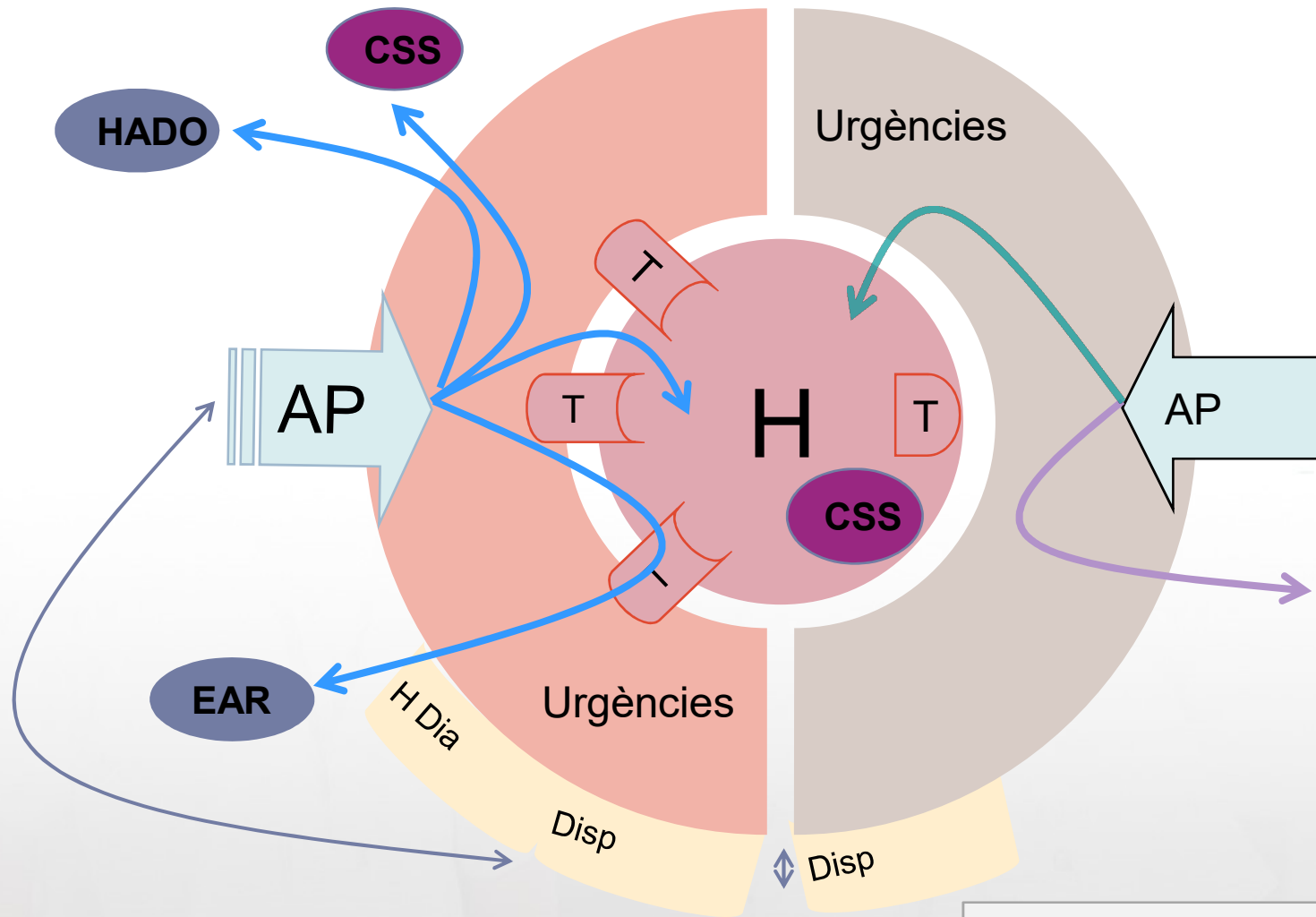
### **Triar el millor destí:**

- ✓ Alta directa amb comunicació estàndard a AP (mail)
- ✓ Alta directa amb comunicació amb el gestor de casos
- ✓ Alta directa, control AP i agenda no presencial d'Urgències
- ✓ Alta directa amb comunicació a EAR (mail – resposta EAR)
- ✓ Hospitalització a Domicili
- ✓ **Centre Sociosanitari**
- ✓ PADES



SU Porxo de l'Hospital

SU Porta de l'Hospital



Diapositiva cedida per J Ris, HSCSP (2013)



“El SU s’ha vist com la ‘porta’ de l’hospital, determinant l’ús dels recursos hospitalaris front els ambulatoris.

Sorgeix un nou model, el de ‘porxo’ on els pacients reben consultes i tècniques a urgències, sense requerir ingrés.

Aquesta evolució no ha de comprometre la seguretat o la satisfacció del pacient”.

*Hwang U, Shah MN, Han JH, et al. Transforming emergency care for older adults. Health Aff. Dec 2013;32(12):2116-2121.*

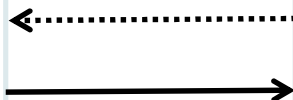


## Urgències

Expertesa  
Atenció Urgent  
Diagnòstic i Pla terapèutic  
Accés al terciarisme  
Coneixement expert  
Tecnologia  
Selecció del pacient  
Preparació per a la derivació

## Hestia Palau Nou Hospital Evangèlic Hospital Mutuam Güell

Expertesa  
Pla individual d'atenció  
Serveis integrats  
Enfoc a maximitzar l'autonomia  
Atenció multidisciplinar, pacient i família  
Connexió entorn posthospitalari



- ✓ L'objectiu compartit és que tot pacient que en sigui candidat, pugui sortir precoçment d'Urgències
- ✓ Ha comportat una evolució del model, on el CSS s'adapta per assolir l'objectiu

**2009**

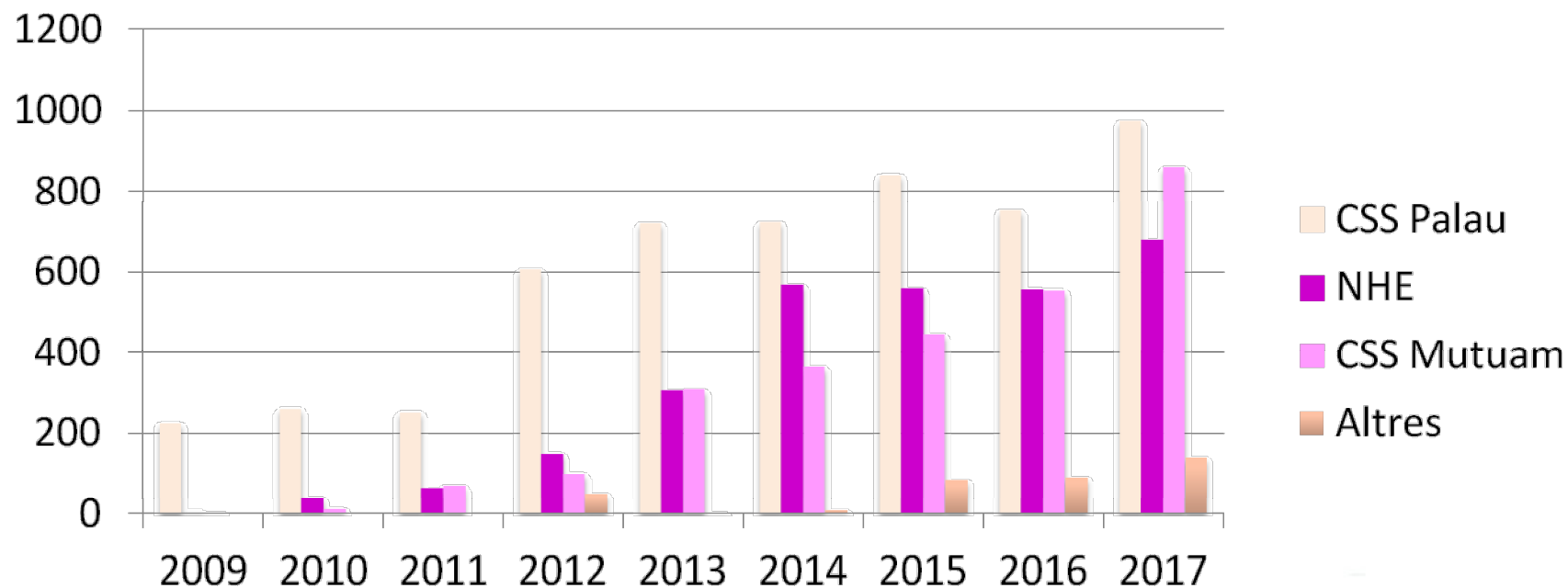
Derivacions matí i laborable  
No aïllaments  
Sense problemàtica social  
2-3 pacients dia

**2018**

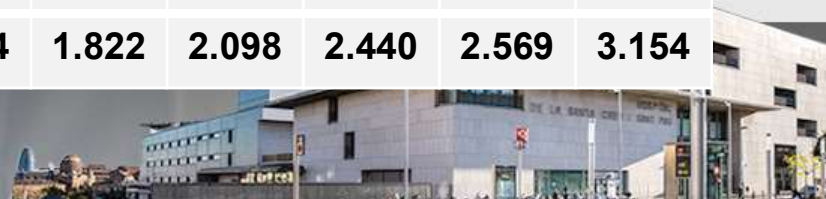
Derivacions de 8.00 a 20.00, laborable i festiu  
Aïllaments individuals i en cohorts  
Problemàtica social amb resolució compartida  
10-20 pacients dia







	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Hestia Palau</b>	225	261	252	606	721	724	841	753	975
<b>N.H. Evangèlic</b>	6	39	63	149	305	568	559	558	680
<b>H. Mutuam Güell</b>	1	12	69	100	308	364	446	555	860
<b>Altres</b>				48	2	7	83	90	140
<b>Total</b>	<b>232</b>	<b>312</b>	<b>384</b>	<b>903</b>	<b>1.336</b>	<b>1.672</b>	<b>1.929</b>	<b>1.956</b>	<b>2.655</b>
<b>Dos de Maig</b>			702	491	486	426	511	613	499
<b>Total</b>			<b>1.086</b>	<b>1.394</b>	<b>1.822</b>	<b>2.098</b>	<b>2.440</b>	<b>2.569</b>	<b>3.154</b>



## Pacients Subaguts procedents Urgències Sant Pau

### Dones 65-70%

#### Edat

- ✓ Mitjana 85-88 a
- ✓ 90% > 80 a
- ✓ 30-40% > 95 a
- ✓ 98% nivell de tria I-II-III

### Dependència

- ✓ 7% Autònoms
- ✓ 70-75% Moderada o Severa

### Demència

- ✓ 55-60%

### Estada mitjana

Global	9,7 d
Convalescència	15,3 d
Cures Pal·liatives	13,4 d
PIUC	5,7
SA	8,2 d

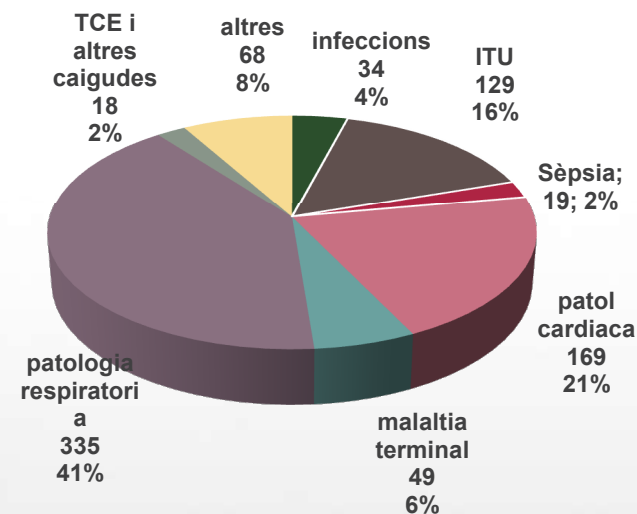
### Aïllaments 8-15%

- Vies ev 95-100%
- Oxigen 70%

### Destinació a l'alta

- ✓ 50-60% Domicili
- ✓ 25-35% Residència
- ✓ 8-11% Èxitus
- ✓ 4% Canvi unitat (LLE)
- ✓ 2-3 % Reingressos HSP

### Diagnòstics



# Multimorbiditat

## Multimorbiditat:

- ✓ Presència de dos o més condicions cròniques que poden incloure malalties físiques o mentals, discapacitat, símptomes complexos com fragilitat o dolor crònic, disminució sensorial, abús de substàncies (NICE 2016).
- ✓ Genera els Grups de Morbilitat Ajustats (GMA), capaç d'estratificar la població (nº de comorbiditats i la seva complexitat)
- ✓ No inclou símptomes ni aspectes funcionals, limitació per activitats de la vida diària o dependència, ni aspectes socials

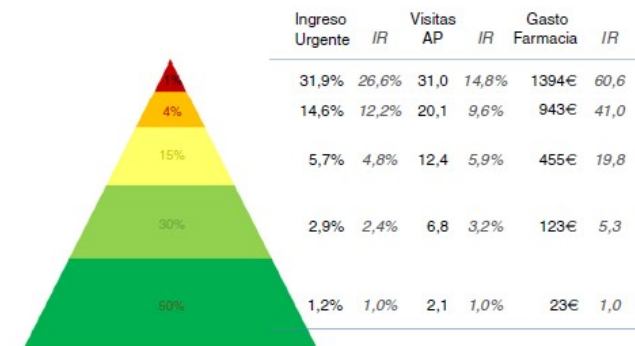


Figura 4 Resultados de los indicadores analizados sobre la población estratificada en niveles de complejidad. IR: incremento relativo respecto al estrato de menor complejidad.

Aten Primaria. 2016;48(10):674-682



## Los grupos de morbilidad ajustados: nuevo agrupador de morbilidad poblacional de utilidad en el ámbito de la atención primaria

David Monterde<sup>a,\*</sup>, Emili Vela<sup>b</sup>, Montse Clèries<sup>b</sup> y grupo colaborativo GMA<sup>◇</sup>

[Aten Primaria. 2016;48\(10\):674–682](#)

## Clinical assessment and management of multimorbidity: summary of NICE guidance

Farmer, Caroline; Fenu, Elisabetta; O'Flynn, Norma; Guthrie, Bruce . BMJ : British Medical Journal (Online) ; London Vol. 354, (Sep 21, 2016).



## Concordancia y utilidad de un sistema de estratificación para la toma de decisiones clínicas<sup>☆</sup>

Ana Isabel González González<sup>a,\*</sup>, Ana María Miquel Gómez<sup>b</sup>,  
David Rodríguez Morales<sup>b</sup>, Montserrat Hernández Pascual<sup>c</sup>,  
Luis Sánchez Perruca<sup>d</sup>, Inmaculada Mediavilla Herrera<sup>e</sup> y Grupo de Trabajo GMA y  
Grupo de Estratificación del Servicio Madrileño de Salud<sup>◇</sup>

Aten Primaria. 2017;49(4):240–247

*Age and Ageing* 2018; **47**: 6–8  
doi: 10.1093/ageing/afx159  
Published electronically 6 October 2017

© The Author 2017. Published by Oxford University Press on behalf of the British Geriatrics Society.  
All rights reserved. For permissions, please email: journals.permissions@oup.com

### COMMENTARY

## Multimorbidity: will it stand the test of time?

JOANNA C. FORD<sup>1</sup>, JOHN A. FORD<sup>2</sup>



# Fragilitat

## Fragilitat:

- ✓ Síndrome d'etiologia multidimensional, que es caracteritza per disminució de la reserva fisiològica i la resiliència i que incrementa la vulnerabilitat front a factors estressants.
- ✓ Inclou aspectes funcionals. No tenim cap categorització de la població
- ✓ Es correlaciona amb mortalitat i amb ús de recursos

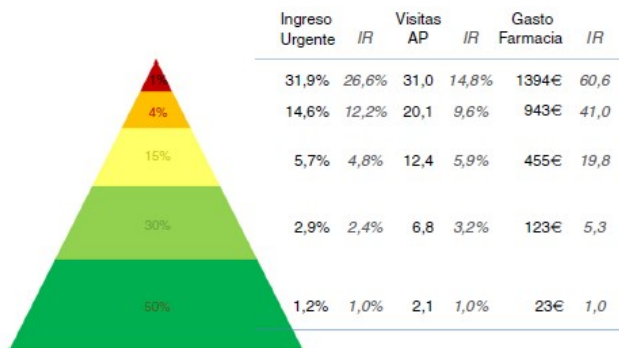


Figura 4 Resultados de los indicadores analizados sobre la población estratificada en niveles de complejidad. IR: incremento relativo respecto al estrato de menor complejidad.

Aten Primaria. 2016;48(10):674-682

Rokwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005; 173: 489-495

### Clinical Frailty Scale

**1 Very Fit** – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.

**2 Well** – People who have no active disease symptoms but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very active occasionally, e.g. seasonally.

**3 Managing Well** – People whose medical problems are well controlled, but are not regularly active beyond routine walking.

**4 Vulnerable** – While not dependent on others for daily help, often symptoms limit activities. A common complaint is being "slowed up", and/or being tired during the day.

**5 Mildly Frail** – These people often have more evident slowing, and need help in high order IADLs (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.

**6 Moderately Frail** – People need help with all outside activities and with keeping house. Inside, they often have problems with stairs and need help with bathing and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.

**7 Severely Frail** – Completely dependent for personal care, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).

**8 Very Severely Frail** – Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.

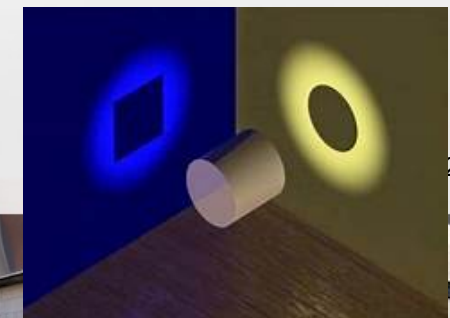
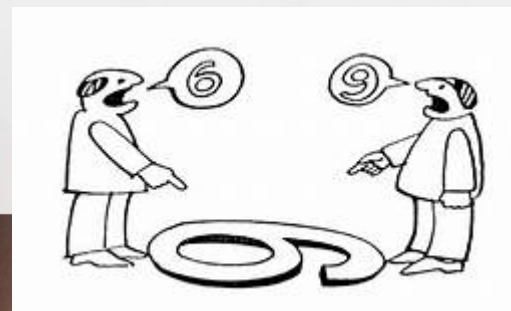
**9 Terminally Ill** – Approaching the end of life. This category applies to people with a life expectancy <6 months, who are not otherwise evidently frail.

**Scoring frailty in people with dementia**

The degree of frailty corresponds to the degree of dementia. Common **symptoms in mild dementia** include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

In **moderate dementia**, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.

In **severe dementia**, they cannot do personal care without help.





Institute for  
Healthcare  
Improvement

## Creating Age-Friendly Health Systems

*A challenge for today's leaders is how to meet the needs of a growing population of older adults.*

### The 4 Ms: Four Components of Age-Friendly Health Systems

- What Matters** Knowing and acting upon the older adults' health outcome goals and care preferences for current and future care, including, but not limited to, at the end of life
- Medication** Prescribing, adjusting doses, and deprescribing to ensure age-friendly medications
- Mobility** Implementing an individualized mobility plan and creating an environment that enables mobility
- Mentation** Identifying, treating, and managing cognitive impairment, delirium, and depression

62 Healthcare Executive  
NOV/DEC 2017

23



## Square Pegs; Round Holes: Our Healthcare System Is Failing Seriously Ill Older Americans in Their Last Years

*VJ Periyakoil, MD*

JAGS 66:15–17, 2018

## Age-Friendly Health Systems: Their Time Has Come

*Kyle Allen, DO*  
*CareSource Management Group, Dayton, OH*

JAGS

JANUARY 2018–VOL. 66, NO. 1

*Joseph G. Ouslander, MD*  
*Charles E. Schmidt College of Medicine, Florida Atlantic*  
*University, Boca Raton, FL*

## The Age-Friendly Health System Imperative

*Terry Fulmer, PhD, RN,\* Kedar S. Mate, MD,<sup>†‡</sup> and Amy Berman, BSN\**

JAGS 66:22–24, 2018





# Conclusions

- ✓ Les dades demogràfiques apunten a un increment important de l'envelliment. L'envelliment comporta multimorbiditat i fragilitat, i més ús d'urgències.
- ✓ L'atenció clàssica als pacients fràgils a urgències comporta riscos pels pacients, i també pel sistema sanitari
- ✓ L'adaptació dels serveis d'urgències és un element imprescindible per una atenció de qualitat i eficient
- ✓ Punts clau del SU resolutiu (qualitat/eficiència):
  - Alta resolució a urgències, que genera la possibilitat que molts pacients completin l'assistència en entorns especialitzats fora de l'Hospital terciari ( SU - Porxo)
  - Atenció als pacients més vulnerables com un procés específic
- ✓ Ambues coses generen una 'definició de perfils' que és el principi del treball en xarxa
- ✓ Disponibilitat a la xarxa d'organitzacions expertes en l'atenció al pacient ancià i/o fràgil
- ✓ Els hospitals intermedis tenen un paper molt important en completar **l'atenció aguda urgent**, reorientant els objectius de tractament en funció de la evolució si és necessari



## Eixos del Desenvolupament del Programa

### 2. Creació d'un àrea adaptada a la Fragilitat en el Servei d'Urgències

#### DISPOSITIU D'ATENCIÓ A LA FRAGILITAT DEL SERVEI D'URGÈNCIES

- ✓ Evitar els riscos inherents a l'estada a Urgències
  - Prevenió de Sd geriàtriques incidents que apareixen en poques hores
  - Pla de cures específic
- ✓ Gestió més eficient del procés pacient fràgil: agilitar circuits de sortida, escurçar estades, abordatge geriàtric i pal·liatiu



**DAFSU**

**13 boxs  
365 dies  
24 h**



	01/12/2017 – 31/3/2018	
Episodis / Pacients	1.510	1.465
Dones	1.003	67.3%
Alta directa	483	31.98%
Hospital Intermedi	817	54.1%
Altres Hospitals	4	0,26%
Èxitus	21	1.39%
Ingrés UH	183	12.1%
Bloc Quirúrgic	2	0,13%



## Eixos del Desenvolupament del Programa

### 2. Creació d'un àrea adaptada a la Fragilitat en el Servei d'Urgències

#### DISPOSITIU D'ATENCIÓ A LA FRAGILITAT DEL SERVEI D'URGÈNCIES

- ✓ Evitar els riscos inherents a l'estada a Urgències
  - Prevenió de Sd geriàtriques incidents que apareixen en poques hores
  - Pla de cures específic
- ✓ Gestió més eficient del procés pacient fràgil: agilitar circuits de sortida, escurçar estades, abordatge geriàtric i pal·liatiu



**DAFSU**

**13 boxs  
365 dies  
24 h**



	10/11/2017 – 28/2/2018	
Ambulàncies	1.275	84,43%
Edat mitja	87.2	
Nivell I	11	0.72%
Nivell II	1052	69.6%
Nivell III	422	27.94%
Nivell IV	15	0.99%
Nivell V	10	0.66%
Estada mitjana	23 h	

# Frailty identification in the emergency department—a systematic review focussing on feasibility

AMY ELLIOTT<sup>1</sup>, LOUISE HULL<sup>2</sup>, SIMON PAUL CONROY<sup>3</sup>

<sup>1</sup>University of Leicester, Leicester, Leicestershire, UK

<sup>2</sup>University Hospitals of Leicester NHS Trust, Leicester, UK

<sup>3</sup>University of Leicester School of Medicine – Department of Health Sciences, Room 3.37, Centre for Medicine University of Leicester Lancaster Road, Leicester LE1 7HA, UK

Address correspondence to: S. P. Conroy. Tel: +44 (0)116 252 5992; Fax: +44 (0)116 258 5058. Email: [spc3@le.ac.uk](mailto:spc3@le.ac.uk)

---

## Abstract

**Introduction:** risk-stratifying older people accessing urgent care is a potentially useful first step to ensuring that the most vulnerable are able to access optimal care from the start of the episode. While there are many risk-stratification tools reported in the literature, few have addressed the practical issues of implementation. This review sought evidence about the feasibility of risk stratification for older people with urgent care needs.

**Methods:** medline was searched for papers addressing risk stratification and implementation (feasibility or evaluation or clinician acceptability). All search stages were conducted by two reviewers, and selected papers were graded for quality using the CASP tool for cohort studies. Data were summarised using descriptive statistics only.

**Results:** about 1872 titles of potential interest were identified, of which 1827 were excluded on title/abstract review, and a further 43 after full-text review, leaving four papers for analysis. These papers described nine tools, which took between 1 and 10 minutes to complete for most participants. No more than 52% of potentially eligible older people were actually screened using any of the tools. Little detail was reported on the clinical acceptability of the tools tested.

**Discussion:** the existing literature indicates that commonly used risk-stratification tools are relatively quick to use, but do not cover much more than 50% of the potential population eligible for screening in practice. Additional work is required to appreciate how tools are likely to be used, by whom, and when in order to ensure that they are acceptable to urgent care teams.

# L'Idioma de la Fragilitat



Atenció Primària

**Avaluació de fragilitat**

**Quina Escala?**

**Equip**

**Avaluació per Equips**

**Geriàtrics en casos**

**seleccionats**

**(especialista)**

**Urgències**

***Només si no esta avaluat***

**Quina Escala?**

**Qui? Prof. d'Urgències,  
(abarcar 100% dels casos)**

**Comunicació APrimaria**

**Centre SocioSanitari**

**Quina Escala?**

**Equip**

**'Sinònims' o Equivalències entre Escales**

**Alertes**

**Actuacions compartides**