



31 CONGRESO
INTERNACIONAL
DE GERIATRÍA Y
GERONTOLOGÍA

**Buenas Prácticas y manejo
de síndromes geriátricos en
Personas Mayores en
Atención primaria**

28 de Junio de 2019



Sebastià J. Santaeugènia González, MD PhD MHA
Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat
Pla Director Sociosanitari
Departament de Salut. Generalitat de Catalunya

Una preguntas previas...



- ❖ Profesiones a las que pertenecéis
- ❖ Ámbitos en los que trabajáis
- ❖ ¿Que objetivos os habéis marcado con este workshop?

¿Conoceis estos libros?



¡¡¡ADVERTENCIA!!!

No leas este libro de corrido, una página tras otra, del principio al fin. Comienza por la página 1 y lee hasta que aparezca la primera opción. Vivirás muchísimas aventuras mientras viajas por la Cueva del Tiempo. De tanto en tanto, a medida que vayas leyendo, se te pedirá que tomes una decisión o realices una opción. Lo que elijas puede conducirte al éxito o al desastre.

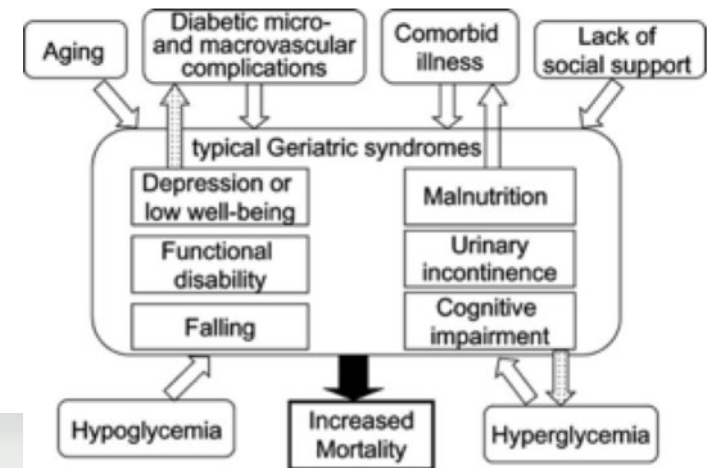
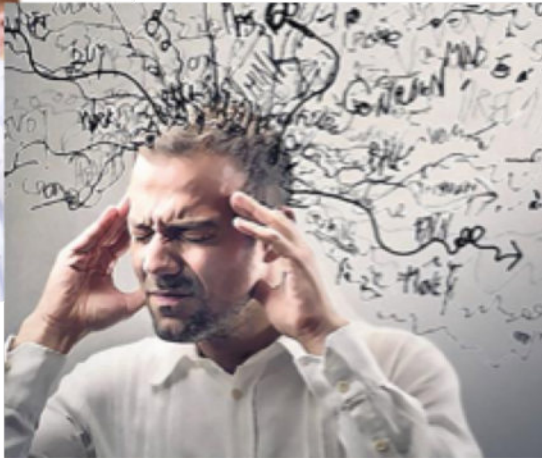
Las aventuras que tendrás serán el resultado de tus opciones. Cuando hayas optado, sigue las instrucciones para ver qué ocurrirá después.

Recuerda: la Cueva del Tiempo puede llevarte al pasado o al futuro... o a mundos más allá del nuestro.

¡Buena suerte!

Si decides coger la opción A...

Si decides coger la opción B...



Habéis escogido hablar de profesionales, sistema y mayores ...



Situación actual del sistema –
Reto o problema



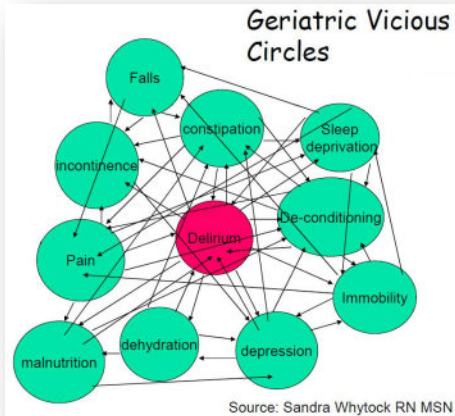
Situación futura del sistema - vamos a
hacer de futurólogos



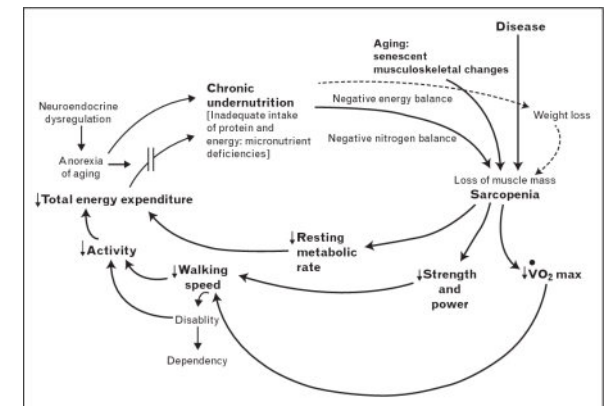
Está bien ... ¿Pero que
propuestas haces? – 8 Retos



Habéis escogido abordar los síndromes geriátricos en mayores



Hallucination • Agitated • Distracted
 Disoriented • Rambling • Withdrawn
 Restless **Delirium** sense of place
 Bewildered • Confused • Incoherent
 Hallucination • Agitated • Distracted
 Disoriented • Rambling • Withdrawn
 Restless sense of Emergency



Envejecimiento, ¿De donde venimos y hacia donde vamos?

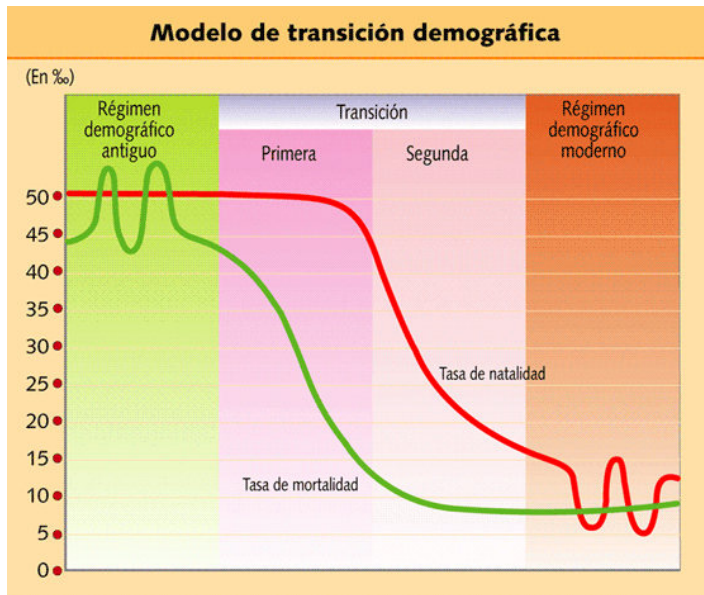


Esperanza de vida a lo largo de la historia de la humanidad

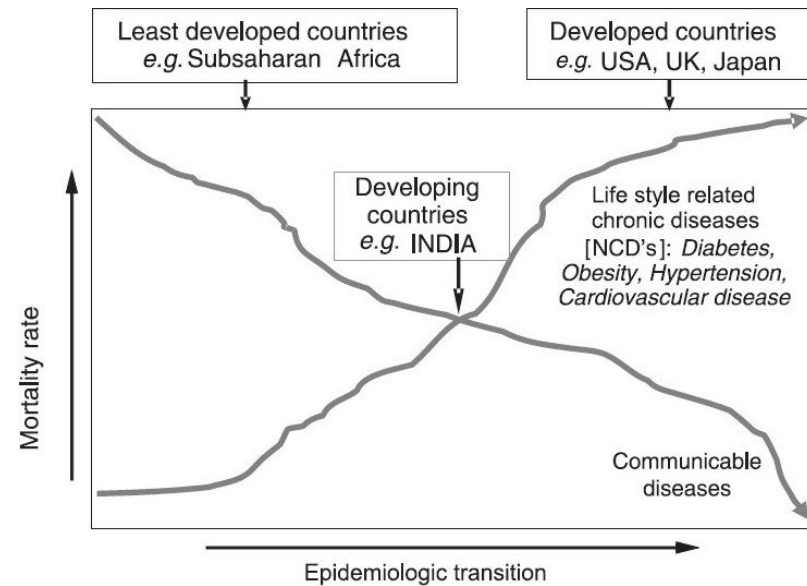
Era	Life expectancy at birth in years
2014 world average	71.5
1950 world average	48
1900 world average	31
Bronze Age and Iron Age	26
Classical Greece, another estimate	25
Classical Greece	28
Classical Rome	20–30
Early Modern England	33–40
Neolithic	20-33
Paleolithic	33
Pre-Columbian Southern United States	25–30

La cronicidad, la complejidad y los mayores

¿Dónde está la evidencia?



Transición demográfica



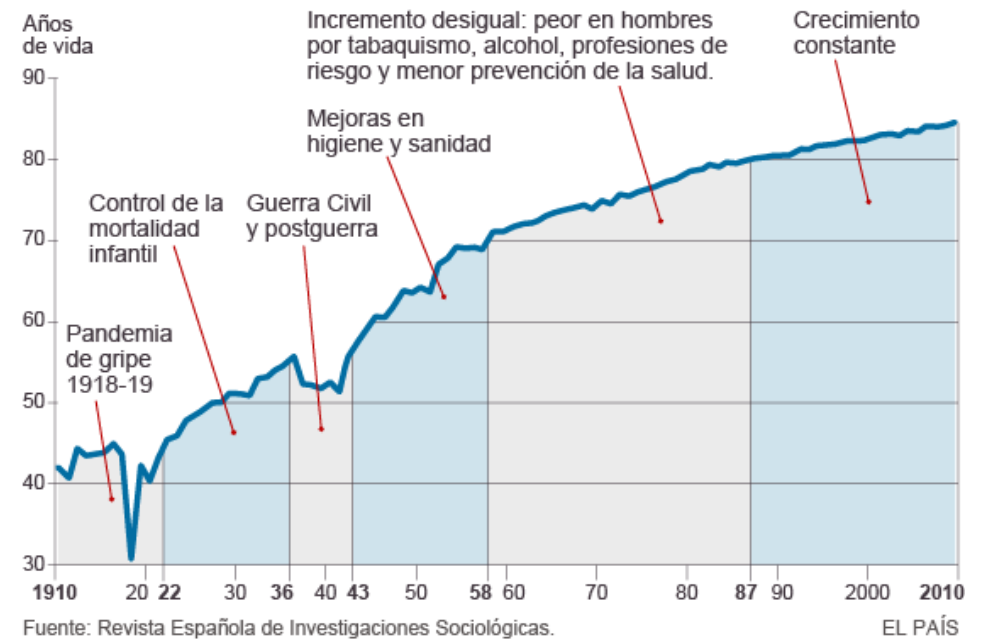
Transición epidemiológica

Dos fenómenos clave...

Transición demográfica

1. Proceso de ruptura en la continuidad del curso del movimiento de la población, que explica paso de niveles altos de mortalidad y fecundidad a bajos.
2. Transición demográfica postula la existencia de una ruptura histórica en las dinámicas poblacionales.
3. Inicio finales siglo XVIII, culmina en el siglo XX

ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN ESPAÑA



Transición epidemiológica

- La Transición epidemiológica, proceso a largo plazo del cambio de las condiciones de salud en una población, incluidos los cambios en los patrones de enfermedad, invalidez y muerte.
- Surge de forma paralela a la transición demográfica

Elevados niveles de mortalidad, especialmente a causa de enfermedades infecciosas



La mortalidad se reduce notablemente y las enfermedades degenerativas y no transmisibles, principales causas de mortalidad y morbilidad.

Impacto decisiones a transición epidemiológica

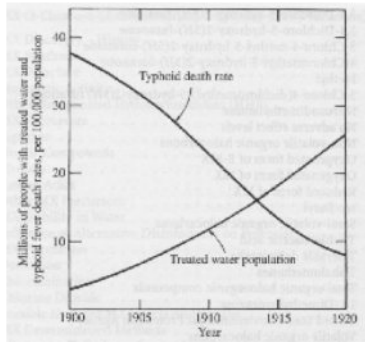
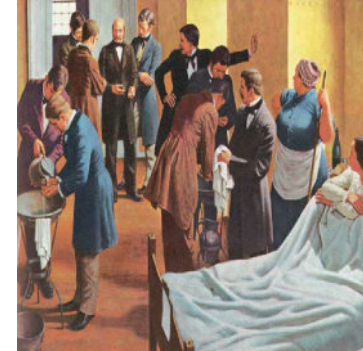


FIGURA 2.— El doctor Balboa inocula a un niño con la vacuna de la viruela (Ángel Cabó).



William Henry Beveridge

CAUSAS DE MORTALIDAD EN ESPAÑA

Anterior al s. XX

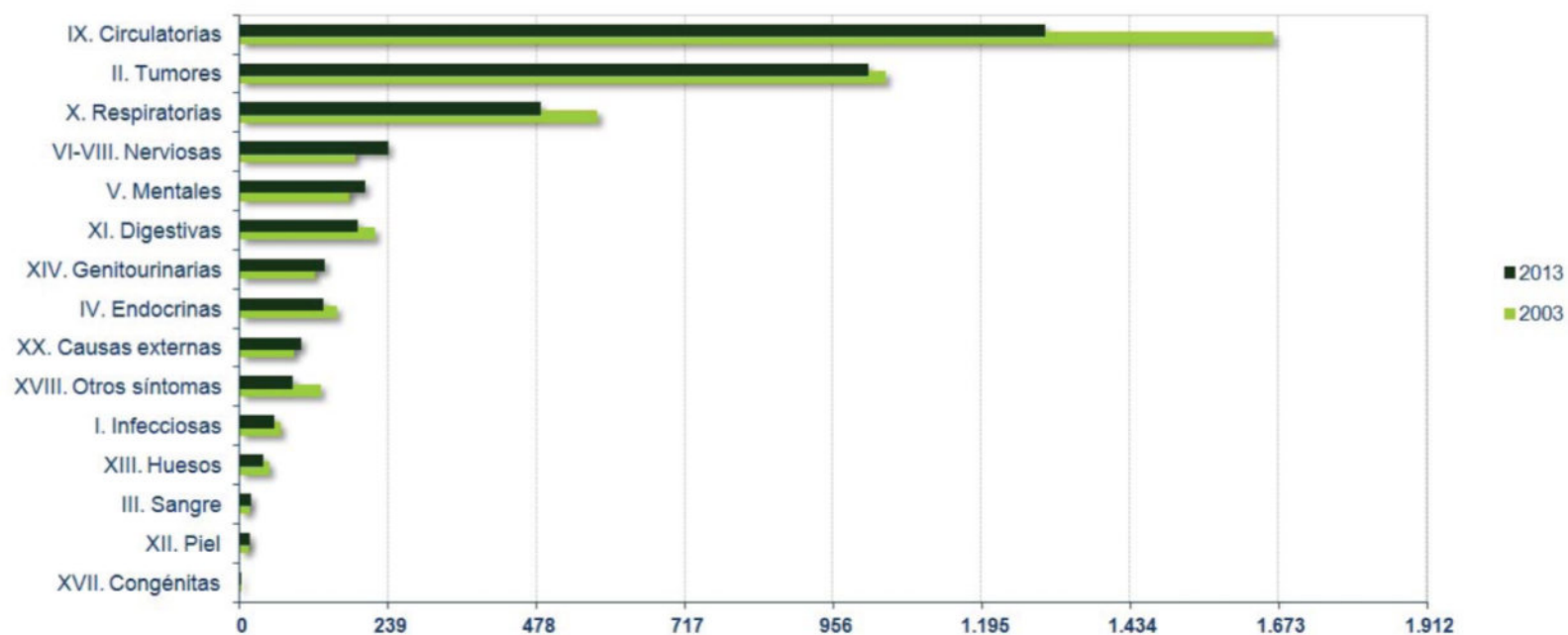
- Neumonía y gripe
- Diarrea y otras
- TBC
- Enfermedades del corazón
- Enfermedades del riñón
- Accidentes (laborales)
- Cáncer
- Muerte perinatal
(parto/puerperio)

Posterior al s. XX

- Enfermedades del corazón
- Cáncer
- Lesiones cerebrales
- Enfermedades del pulmón
- Accidentes (circulación)
- ...

Causas de muerte en España

Figura 2.4.- Defunciones de población de 65 y más años según la causa, 2003 y 2013 (tasas por 100.000 habitantes)



Las enfermedades crónicas y su impacto

Chronic Diseases: Chronic Diseases and Development 1

Raising the priority of preventing chronic diseases: a political process

Robert Geneva, David Stuckler, Sylvie Stachenko, Martin McKee, Shah Ebrahim, Sanjay Basu, Arun Chockalingham, Modi Mwatsama, Rozmin Jamal, Ala Alwan, Robert Beaglehole

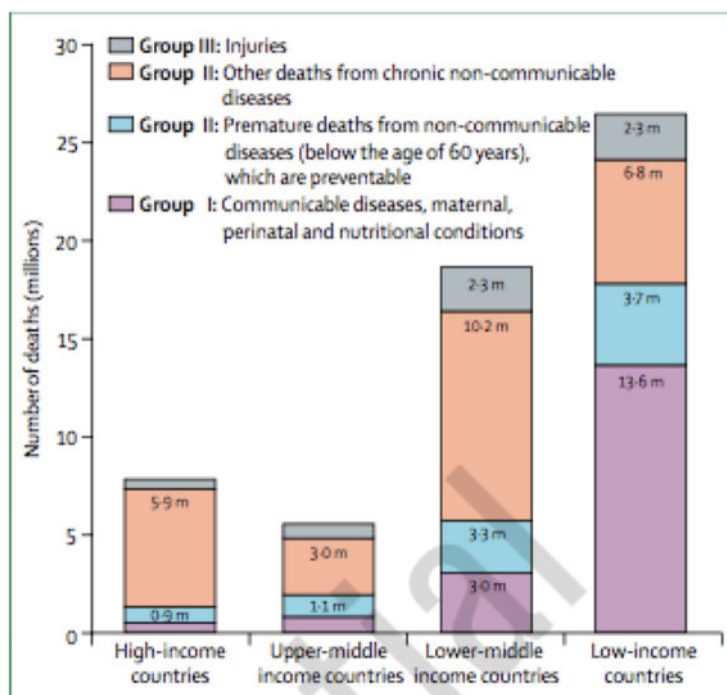


Figure 1: Total number of deaths in the world in 2004²⁰

Key messages

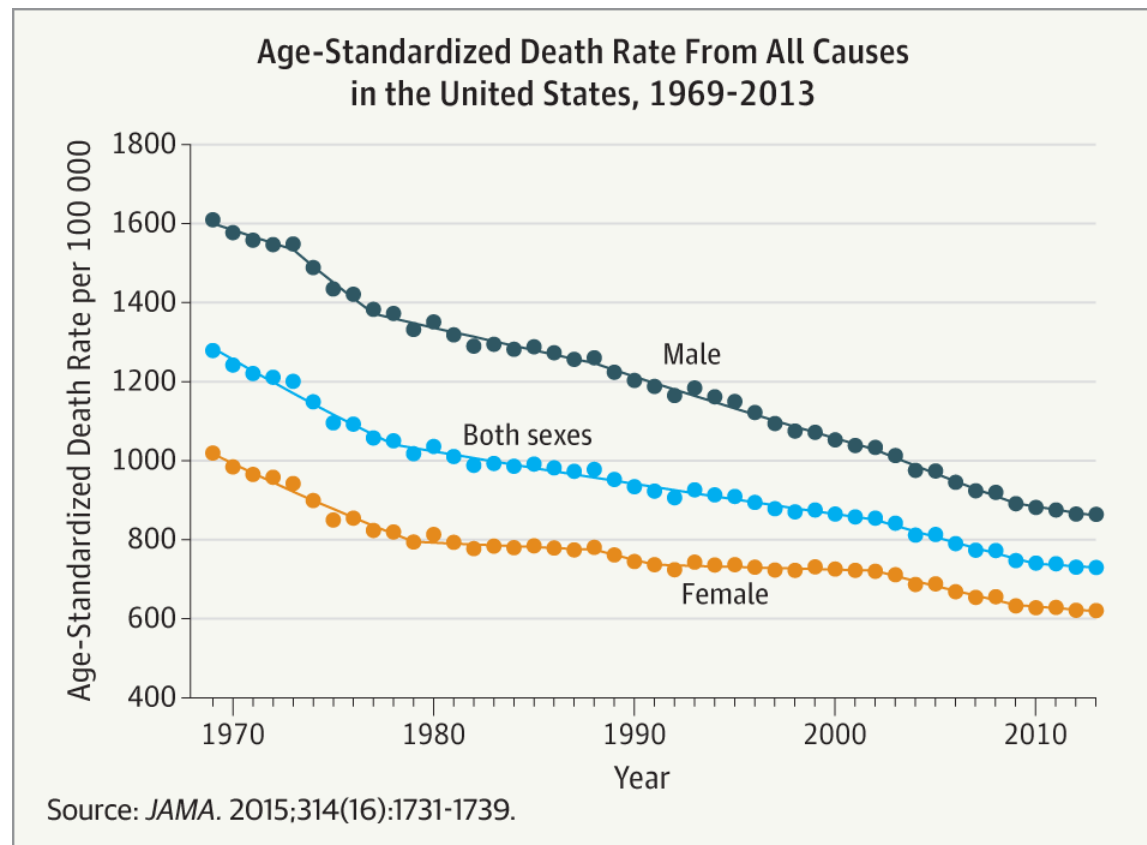
- Chronic diseases substantially contribute to the global burden of disease but they remain neglected globally, especially in low-income and middle-income countries
- Global economic and social policies are driving the chronic disease pandemic
- Human development programmes must include action against chronic diseases to fulfil their potential
- Neglect of chronic disease by international agencies and national governments is a political, not a technical, failure since cost-effective interventions are available
- Political opportunities for progress are building, but coordinated and inclusive actions by all stakeholders are necessary to exploit these opportunities
- Key actions are implementation of available cost-effective interventions, addressing the common causes of the high burden of preventable diseases irrespective of the cause, and distributing resources more equitably on the basis of avoidable mortality

Evolución de la mortalidad

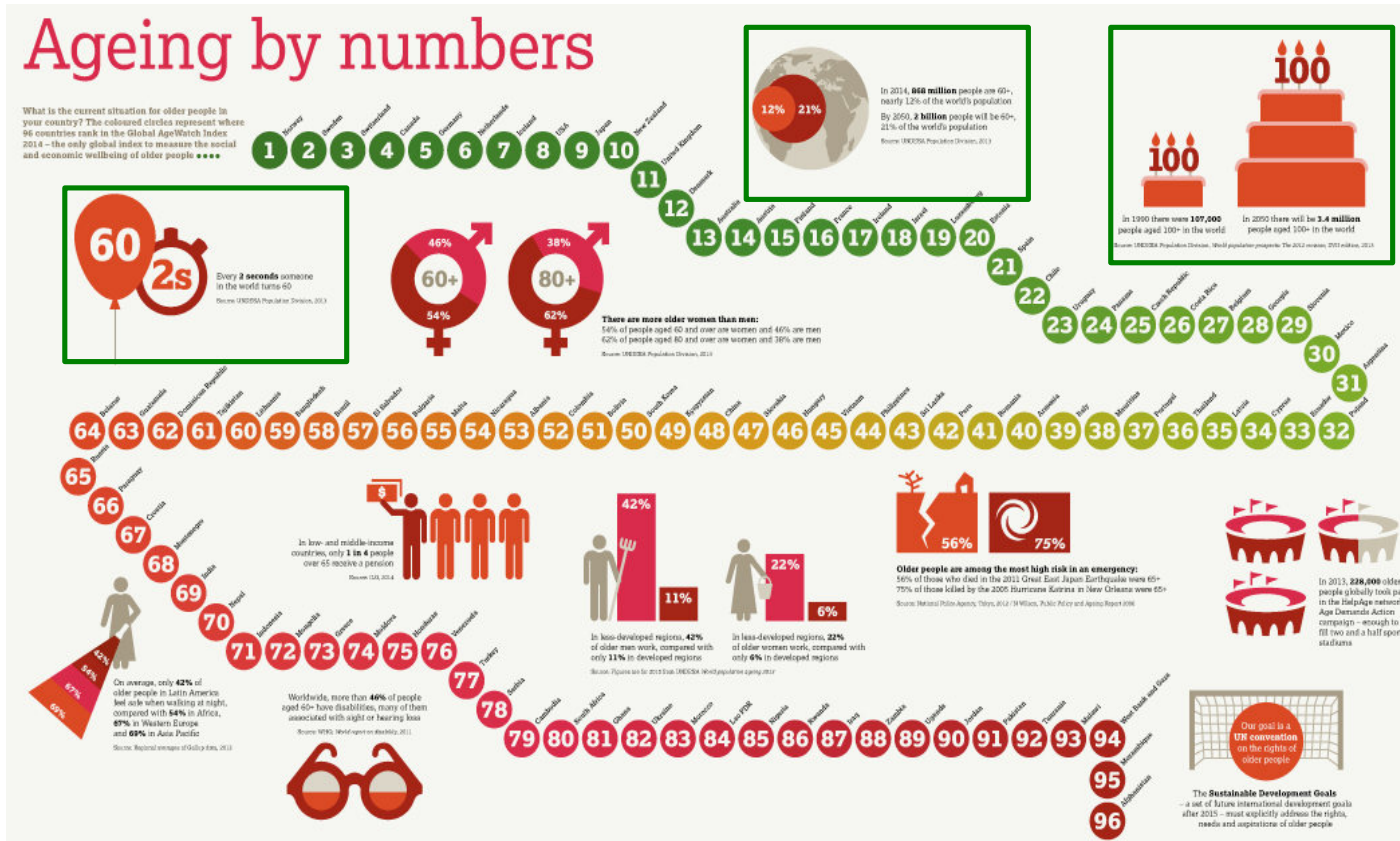
JAMA PATIENT PAGE | Public Health

Death in the United States: Changes From 1969 to 2013

Americans are becoming healthier, living longer, and losing fewer years of life to preventable disease.

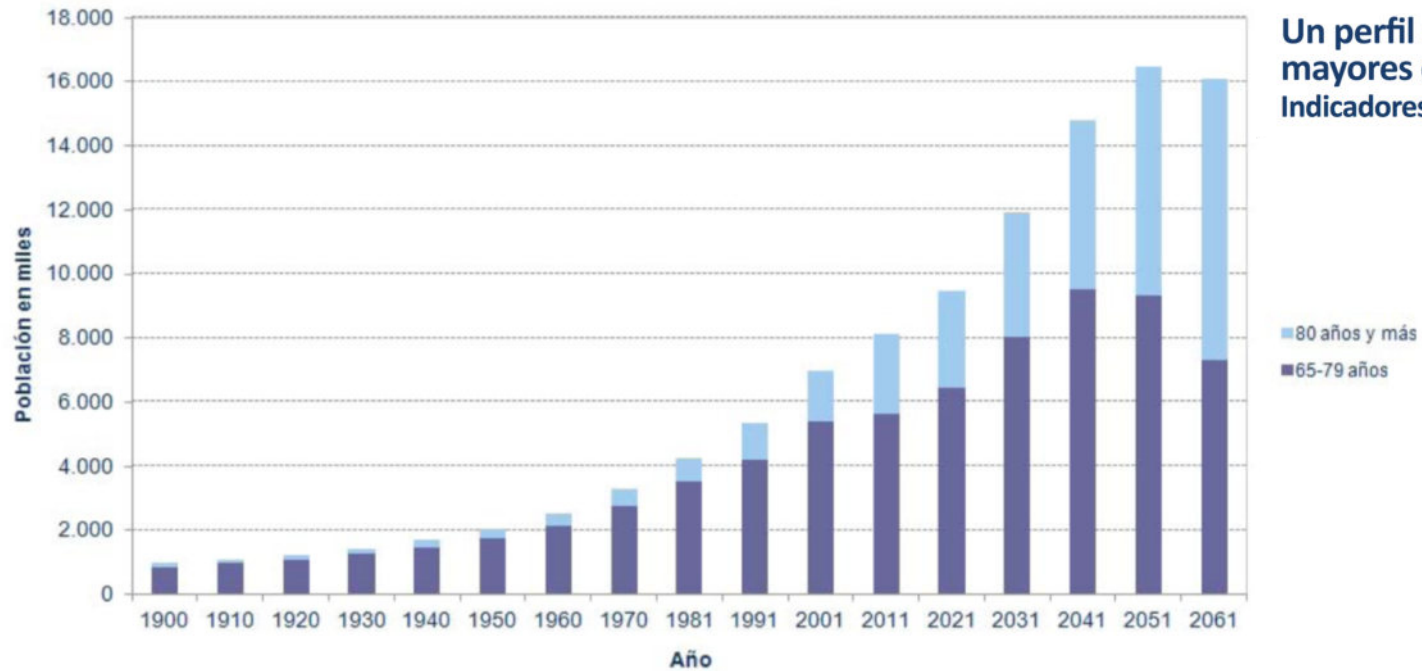


Envejecimiento poblacional

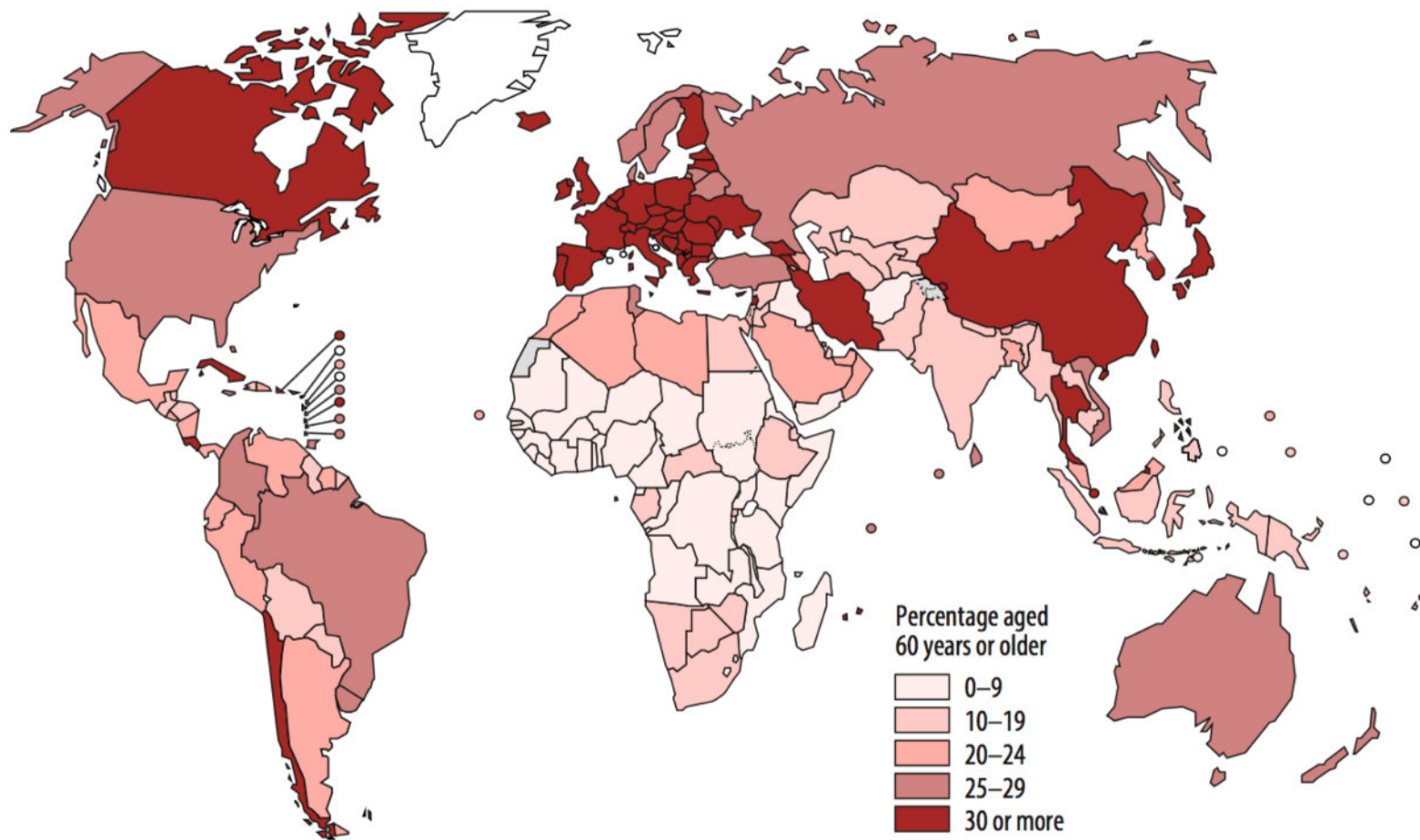


Envejecimiento poblacional

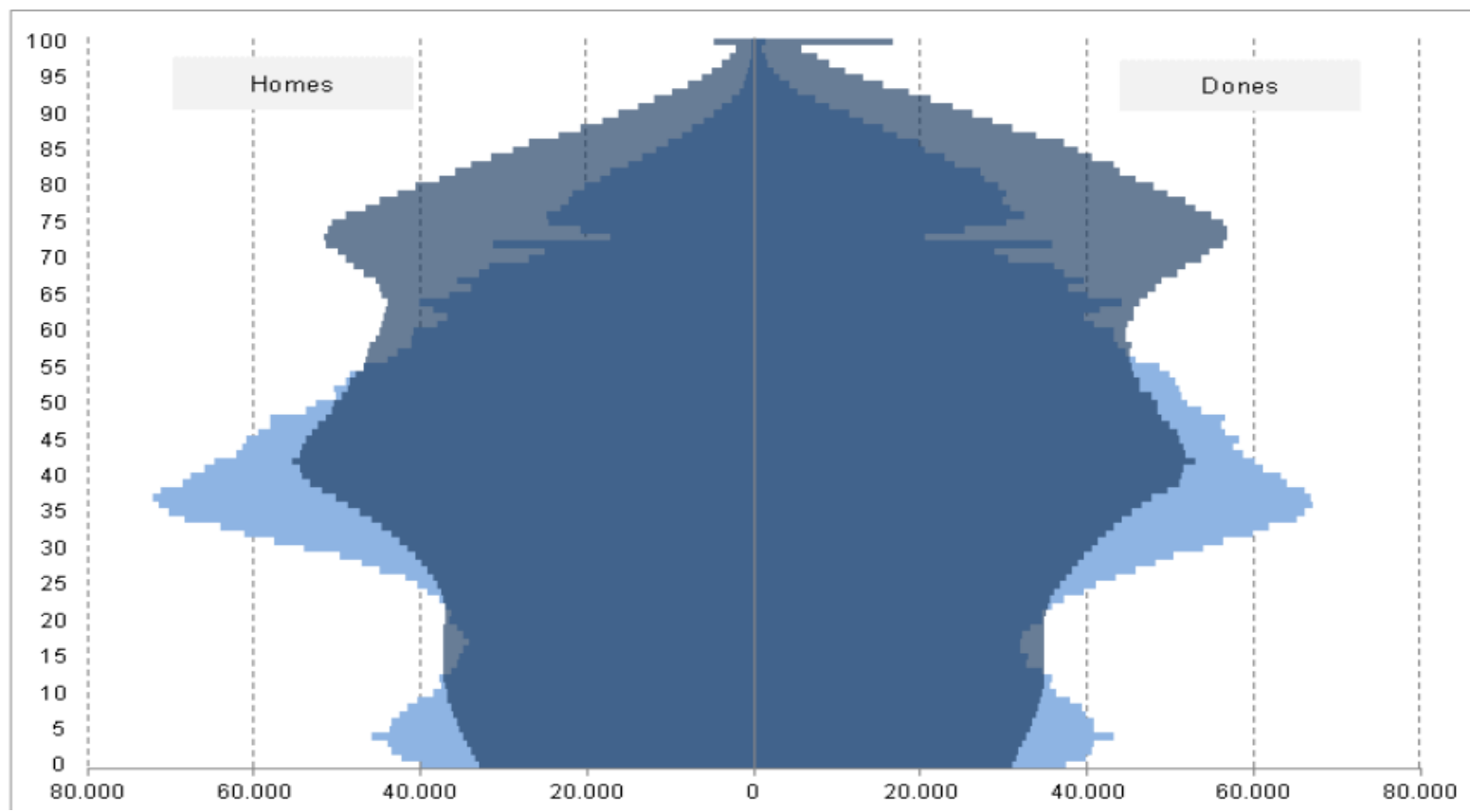
Figura 1.1.- Evolución de la población mayor, 1900-2061



% personas mayores de 60 años (2050)



Progresión pirámide poblacional 2013-2051

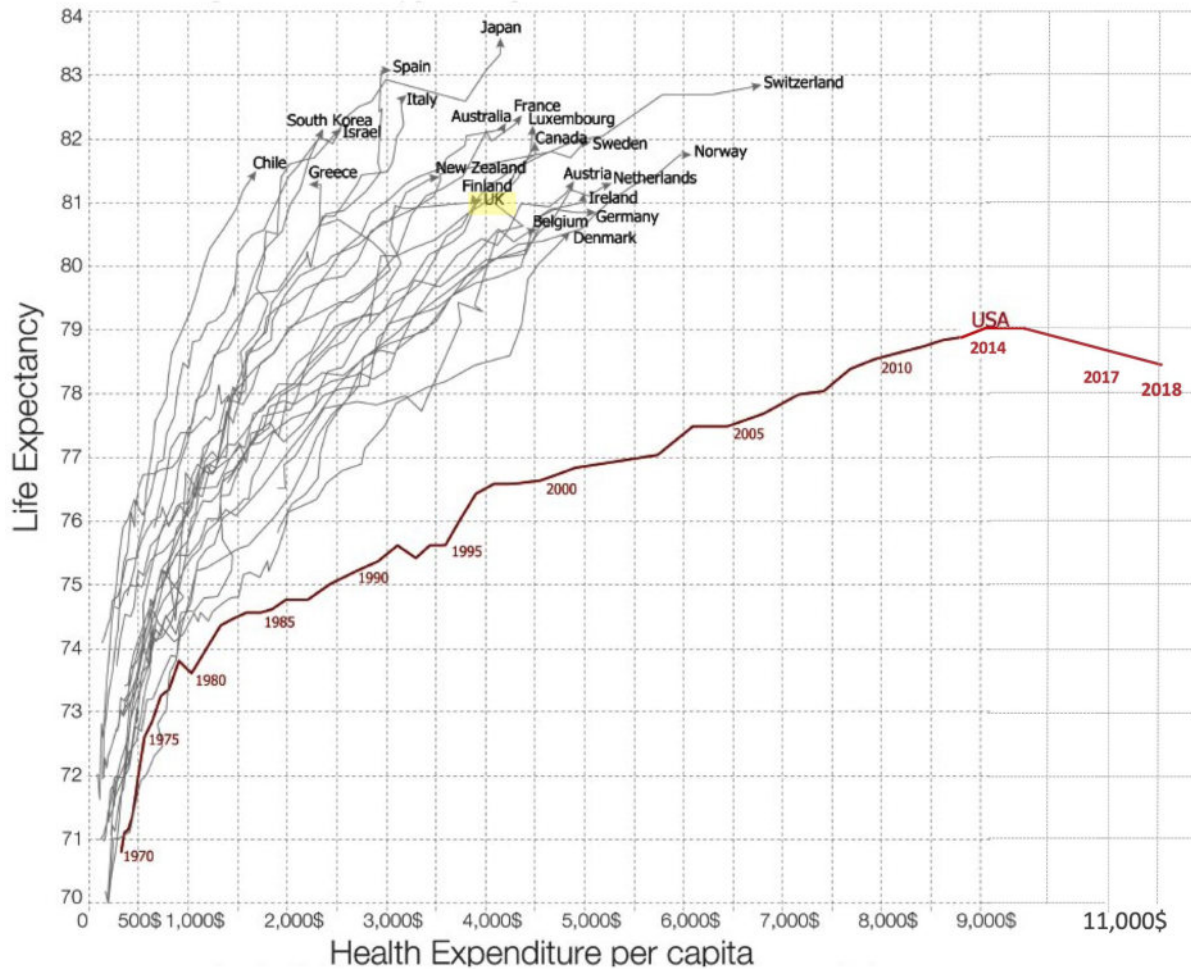


Font: IDESCAT, 2015

¿Influye el tipo de sistema de salud en la esperanza de vida?



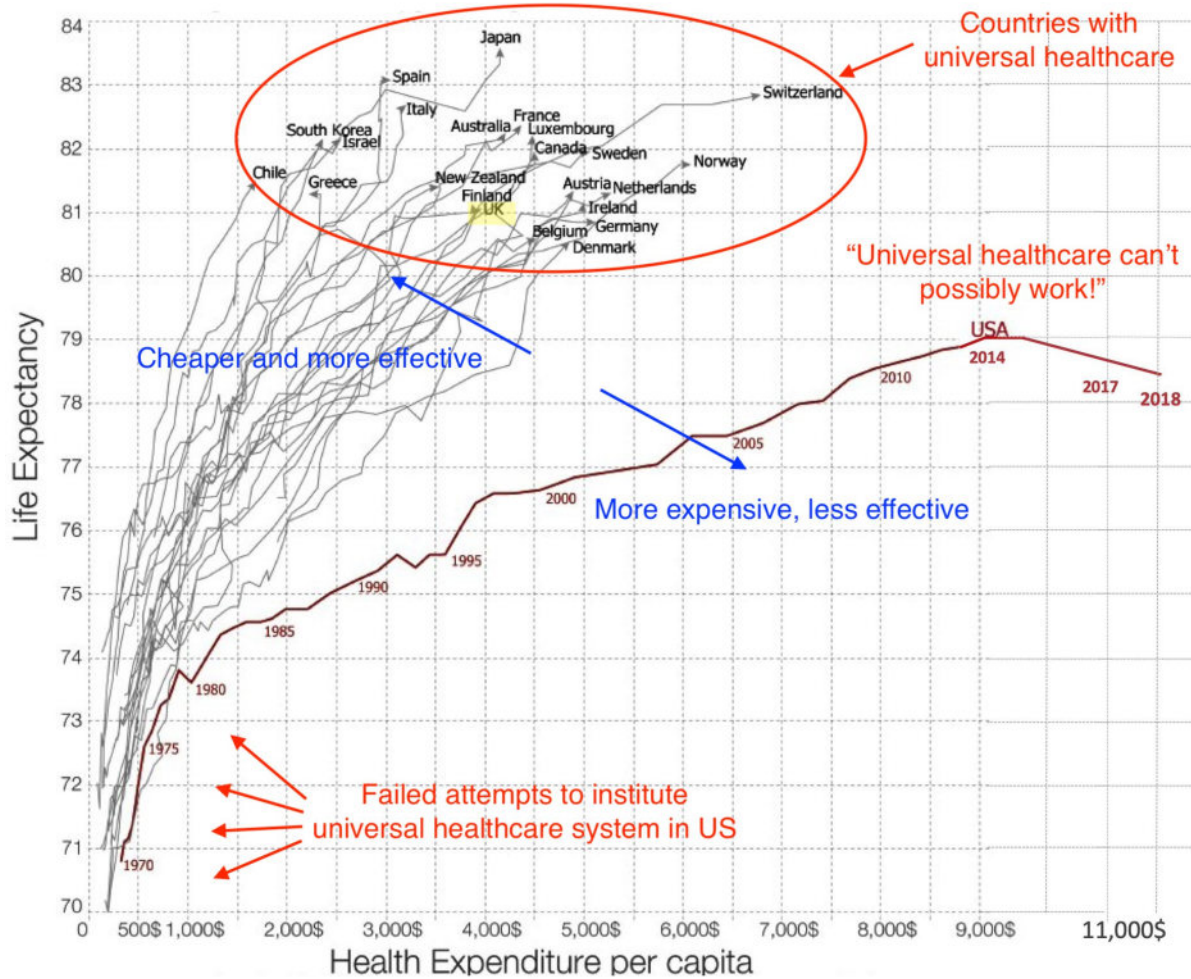
El sistema de salut impacta en l'esperança de vida de les persones?



Eric Topol 
@EricTopol

The [#US](#) now spends more than \$11,000 per person for healthcare, while the [#UK](#) ~\$4,000. Yet life expectancy has declined in the [#US](#) for each of the past 3 years, while it continues to increase in the [#UK](#) (graph adopted from [@OurWorldInData](#))

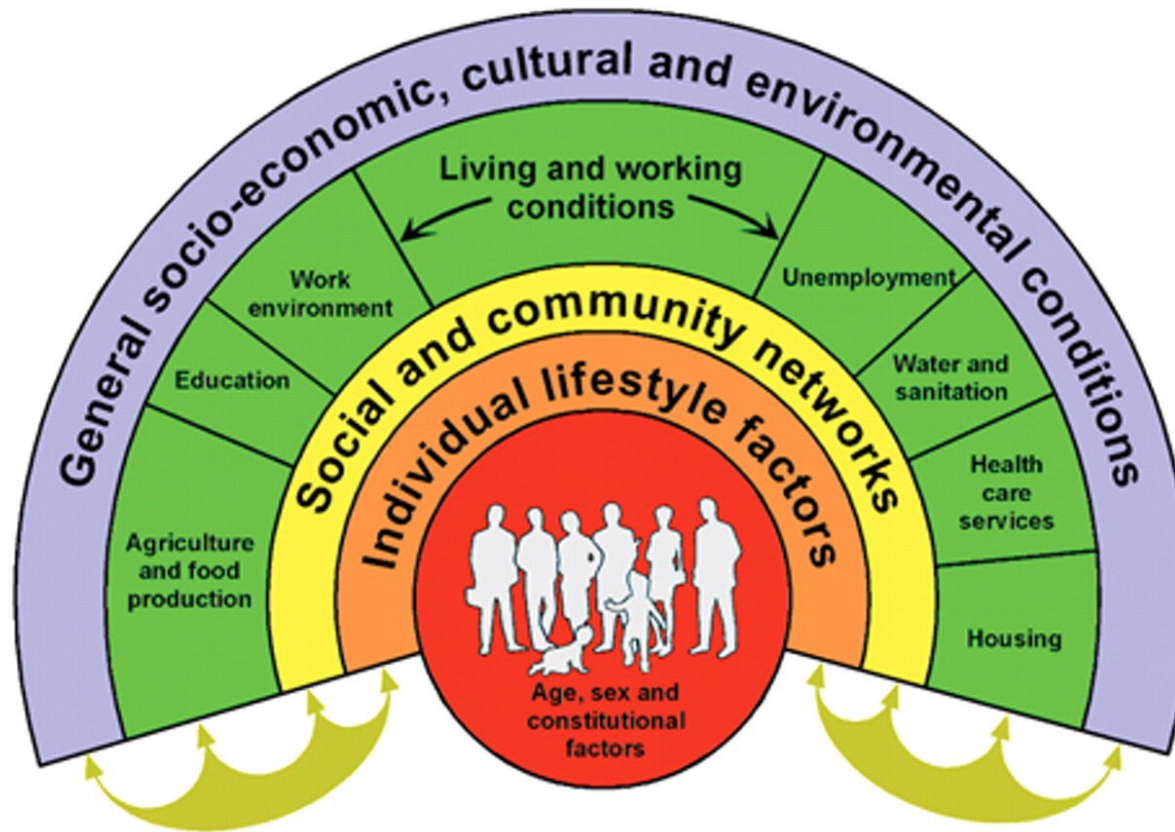
El sistema de salut impacta en l'esperança de vida de les persones?



Eric Topol
 @EricTopol

The [#US](#) now spends more than \$11,000 per person for healthcare, while the [#UK](#) ~\$4,000. Yet life expectancy has declined in the [#US](#) for each of the past 3 years, while it continues to increase in the [#UK](#) (graph adopted from [@OurWorldInData](#))

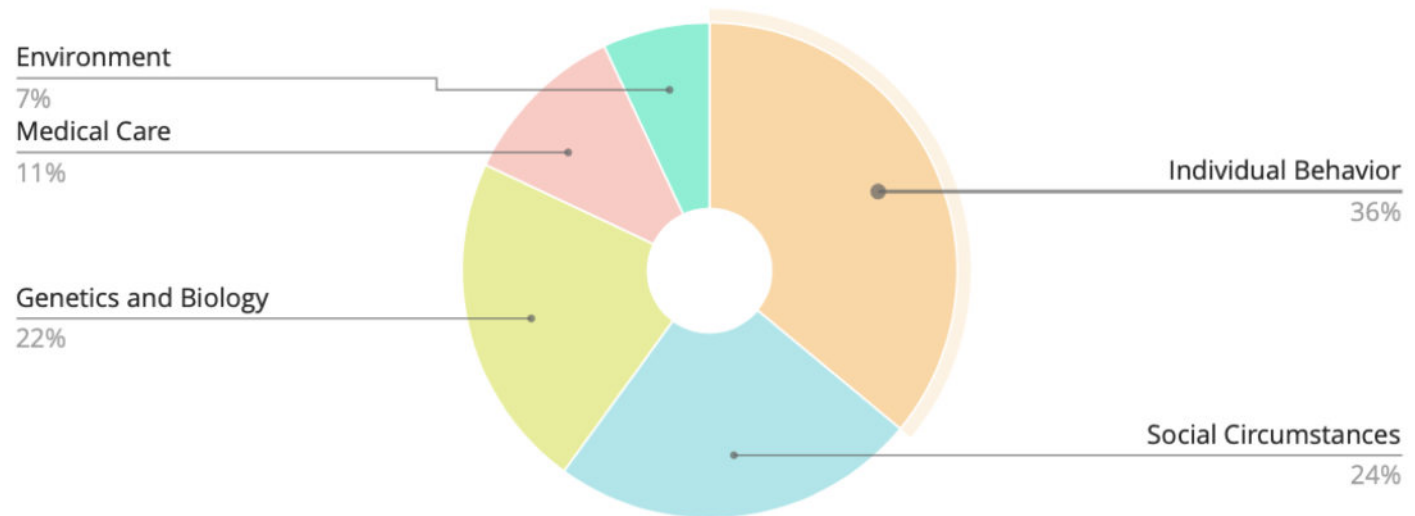
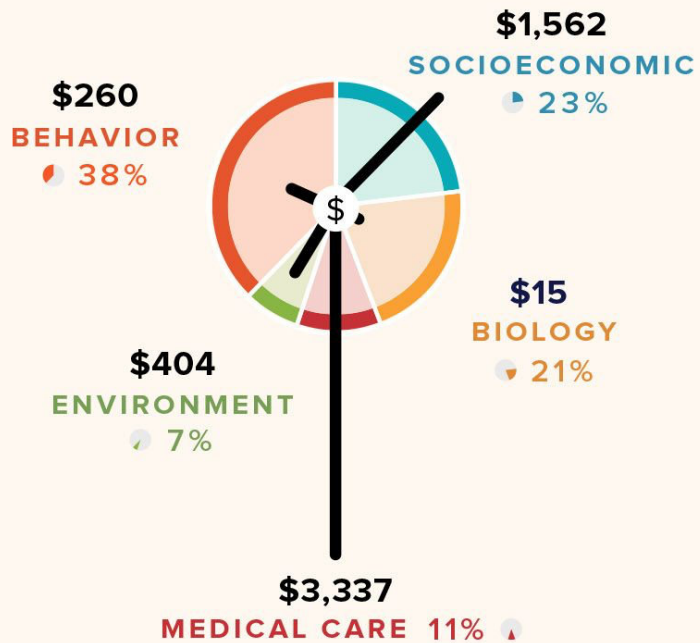
¿O pesan más otros elementos?



Esperanza de vida y enfermedad: ¿Son los recursos sanitarios la respuesta?

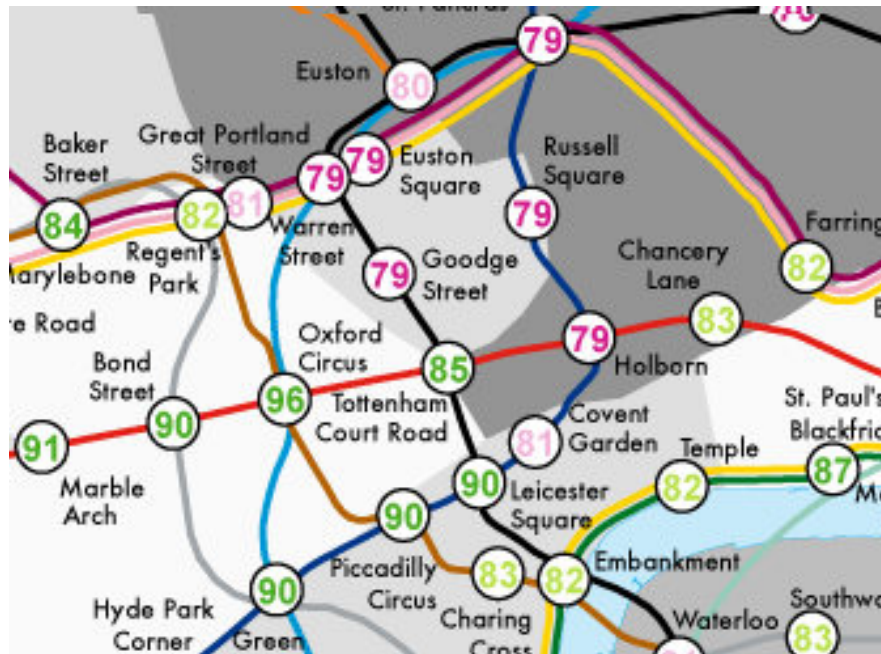
Spend in Billions vs Health Impact

DeterminantsOfHealth.Org



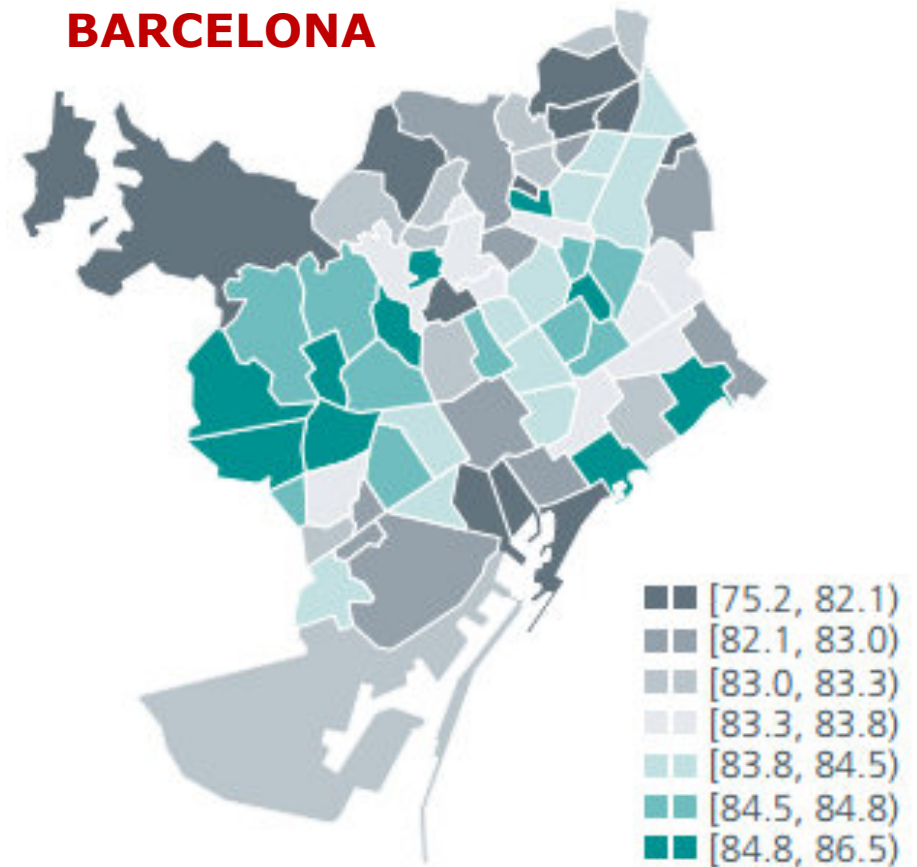
Esperanza de vida en ciudades: los determinantes sociales

In Barcelona, **life expectancy** of citizens may vary up to **11,3 years**, according to **district where they reside**.



LONDON

BARCELONA



Esperanza de vida en ciudades: los determinantes sociales (II)

Influencia mútua:

1 euro en políticas de vivienda
puede ahorrar 70 euros en salud
por año / 10 años.



K The King's Fund @TheKingsFund · 2 h
Hear how to achieve better joint working between housing & health at our event with @PHE_uk kingsfund.org.uk/events/housing...
[Ver traducción](#)



Return on Investment
Housing interventions to keep people warm, safe and free from cold and damp are an efficient use of resources. Every £1 spent on improving homes saves the NHS £70 over 10 years.

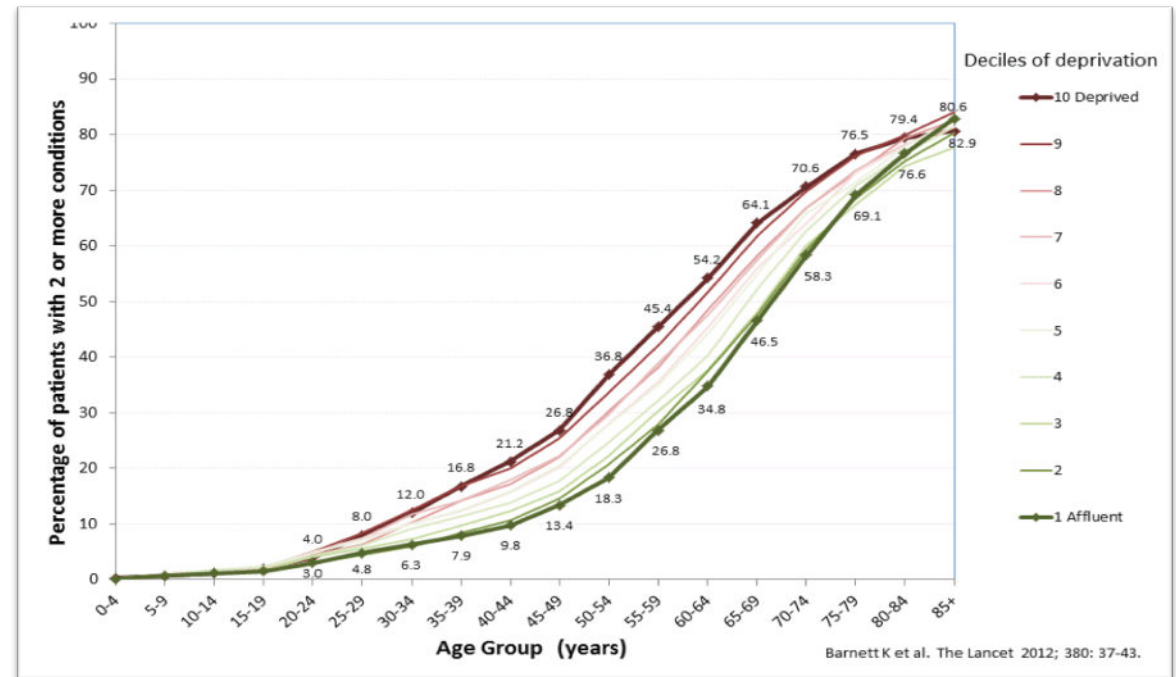
The King's Fund Local Government

RETWEETS 12 FAVORITOS 4

10:57 - 30 sept. 2015 · Detalles

Esperanza de vida en ciudades: los determinantes sociales (III)

Personas que viven en zonas deprimidas adquieren enfermedades crónicas 10 años antes que aquellas que viven en zonas menos deprimidas



Scotland

Esperanza de vida en ciudades: los determinantes sociales (IV)

Britain's deprived areas have five times as many fast food shops as rich areas

Jacqui Wise

BMJ 2018;363:k4661 doi: 10.1136/bmj.k4661 (Published 2 November 2018)



Box 1: Top 10 healthiest and unhealthiest British high streets

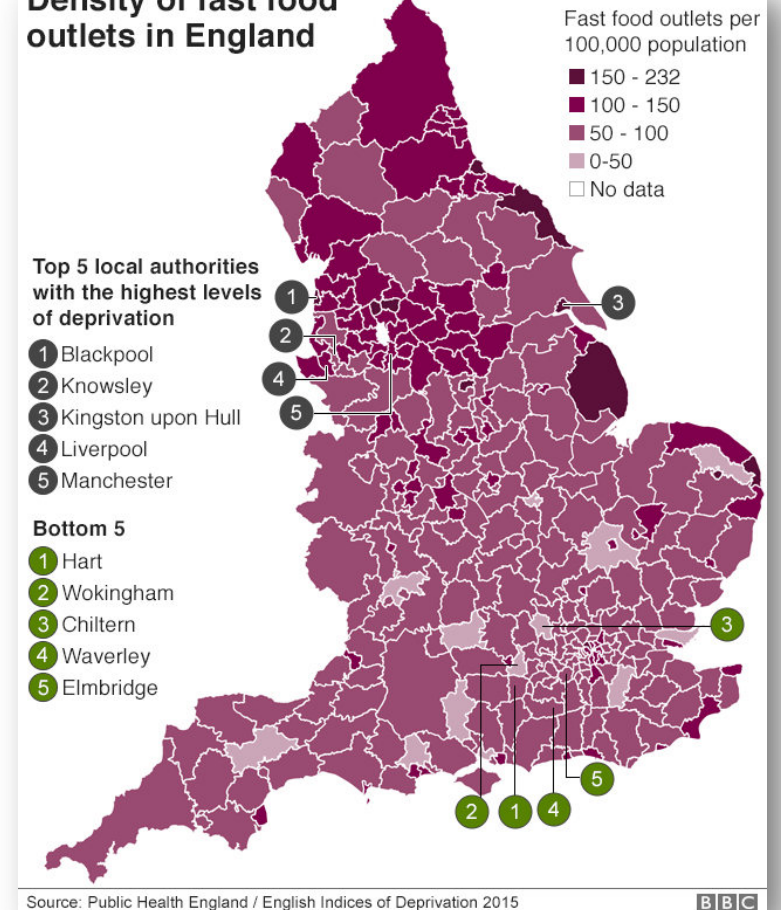
Unhealthiest

1. Grimsby
2. Walsall
3. Blackpool
4. Stoke-on-Trent
5. Sunderland
6. Northampton
7. Bolton
8. Wolverhampton
9. Huddersfield
10. Bradford

Healthiest

1. Edinburgh
2. Canterbury
3. Taunton
4. Shrewsbury
5. Cheltenham
6. York
7. Brighton and Hove
8. Eastbourne
9. Exeter
10. Cambridge

Density of fast food outlets in England



Source: Public Health England / English Indices of Deprivation 2015

BBC

Esperanza de vida en ciudades: los determinantes sociales (V)

Alguns exemples de la relació entre Determinants i Salut

Les condicions de treball es relacionen amb les malalties cardiovasculars i amb la salut mental

Fig. 4. Self-reported level of job control and incidence of coronary heart disease in men and women

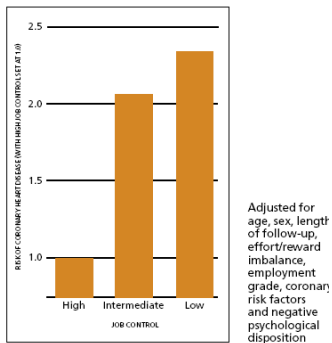
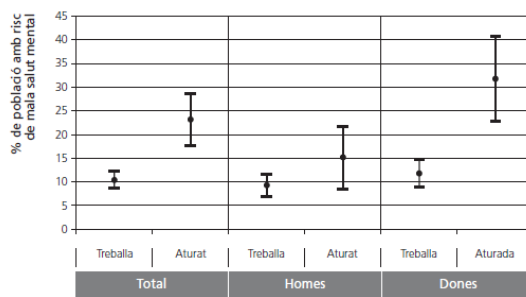


Figura 1. Risc de mala salut mental segons situació laboral per sexe. Catalunya, 2010



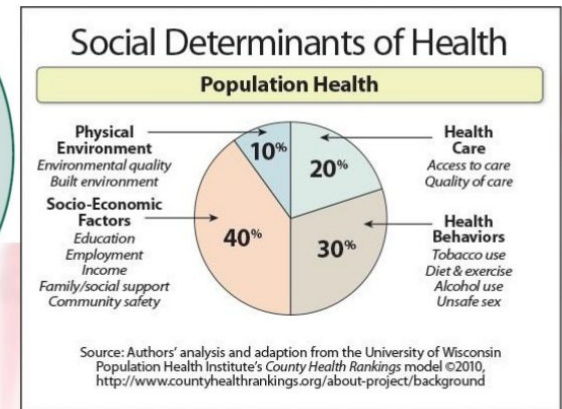
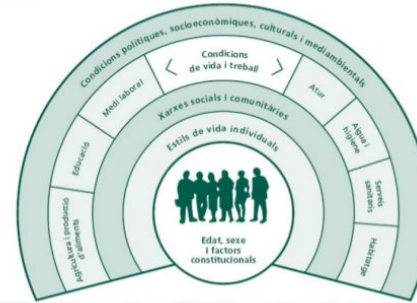
Propo Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2010. Departa

Pla interdepartamental i intersectorial de salut pública 2017-2020

Informe de Sal



El 80% dels determinants de la salut es troben fora del sistema sanitari !



Trabajo a nivel comunitario – De forma Integrada!!

INVEST IN YOUR COMMUNITY

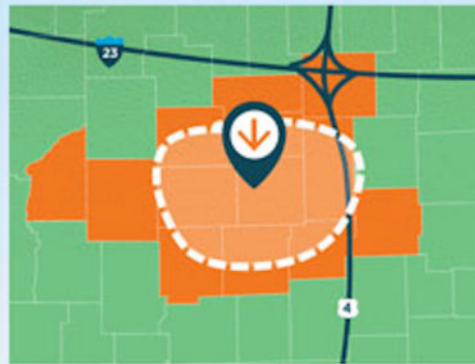
4 Considerations to Improve Health & Well-Being *for All*

WHAT Know What Affects Health



WHERE Focus on Areas of Greatest Need

Your zip code can be more important than your genetic code. Profound health disparities exist depending on where you live.



WHO Collaborate with Others to Maximize Efforts

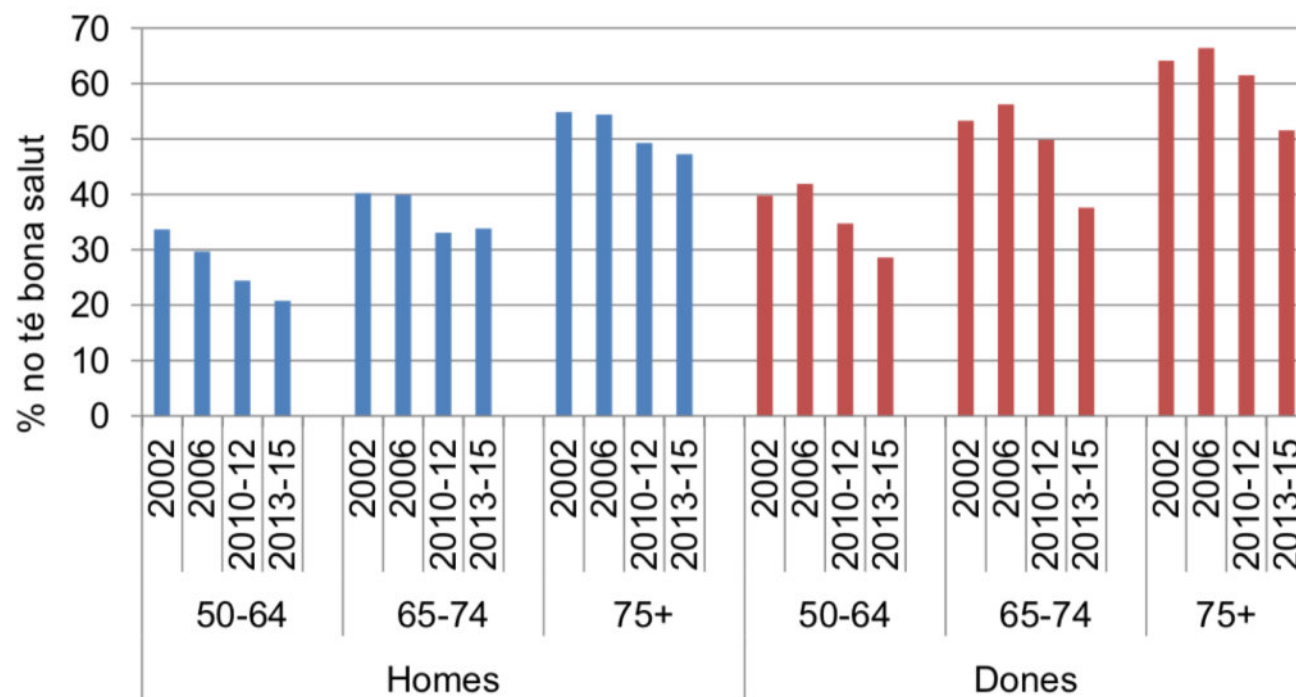


La edad, ¿tiene relación con la enfermedad y el consumo de recursos?

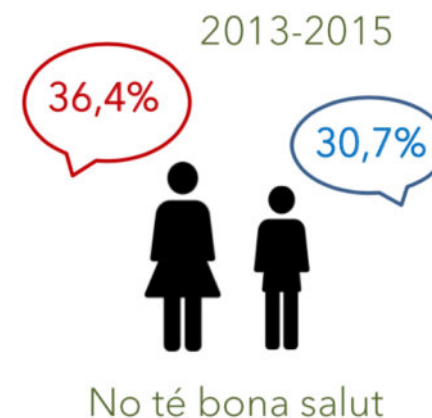


Autopercepción de salud en los mayores de Cataluña

Figura 21. Proporción de población que no té bona salut autopercebuda per sexe i edat .



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.



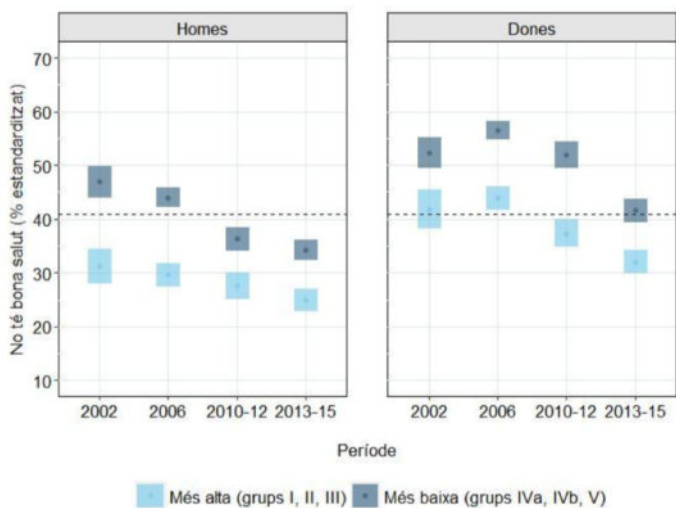
Empeora con la edad

Es peor en las mujeres que en

hombres

Autopercepció de salut en los mayores de Cataluña (II)

Figura 31. Proporció de població que no té bona salut autopercebuda per classe social i sexe.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

- I: Directivos, administradores, técnicos superiores
- II: Otros directivos, técnicos medios
- III: Cuadros intermedios. Administrativos

- IVa: Trabajadores manuales cualificados
- IVb: Trabajadores manuales semicualificados
- V: Trabajadores no cualificados

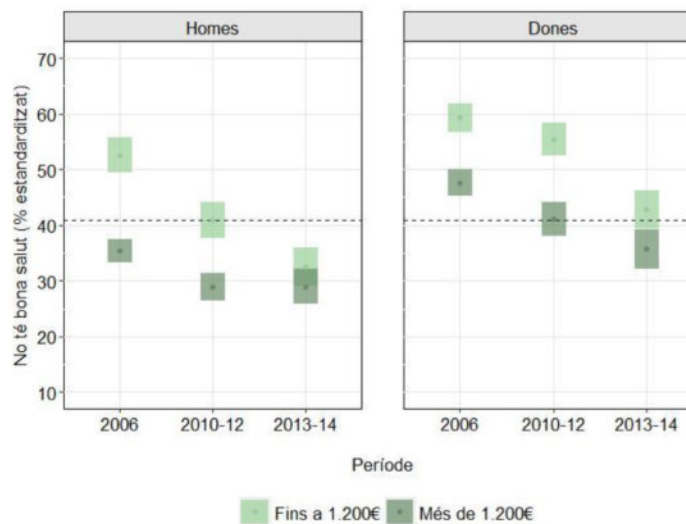


Classe més alta
MILLOR
salut autopercebuda

Classe més baixa
PITJOR
salut autopercebuda



Figura 35. Proporció de població que no té bona salut autopercebuda per nivell d'ingressos i sexe.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.



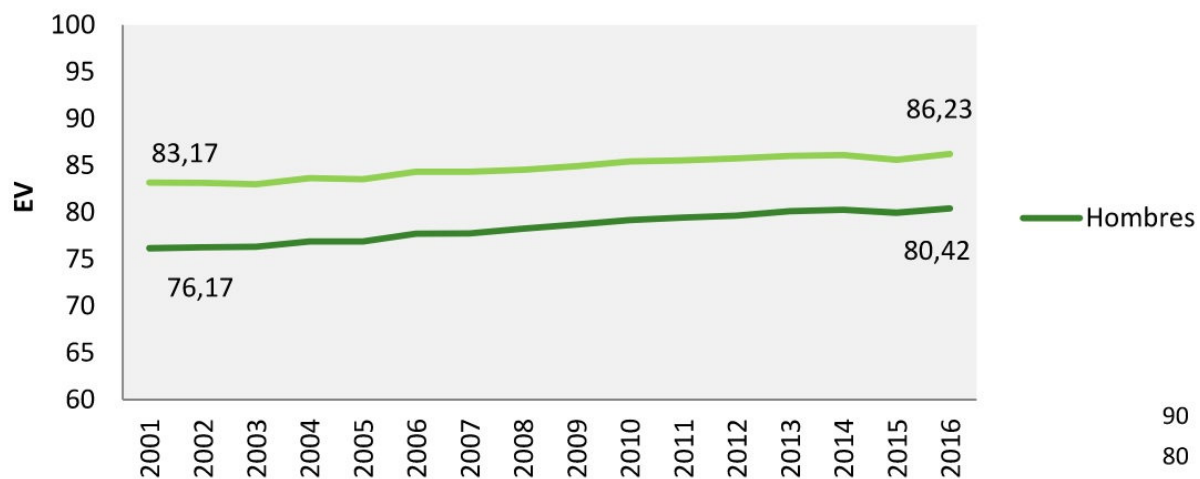
Més ingressos
MILLOR
salut autopercebuda

Menys ingressos
PITJOR
salut autopercebuda

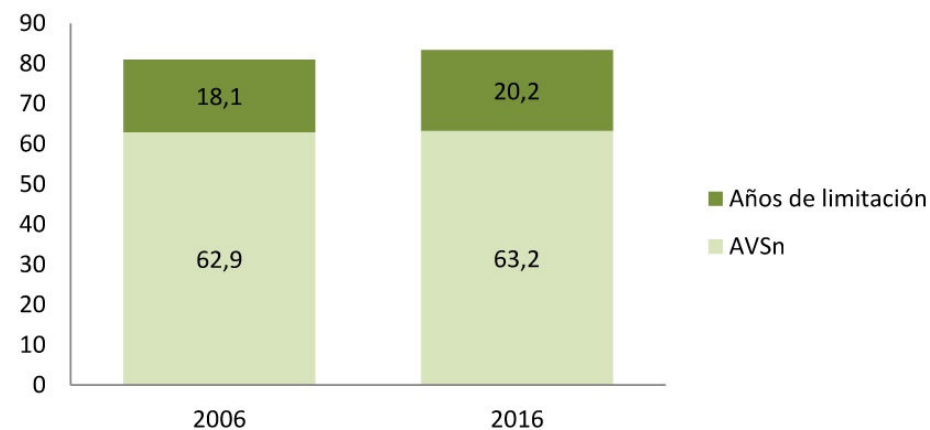


Autopercepción de salud en los mayores de Cataluña (III)

Figura 1. Esperanza de vida al nacer en hombres y mujeres. España, 2002-2016



Años de vida saludable al nacer (AVSn) y años de limitación en 2006 y 2016



Consumo de fàrmacos entre los mayores de Cataluña

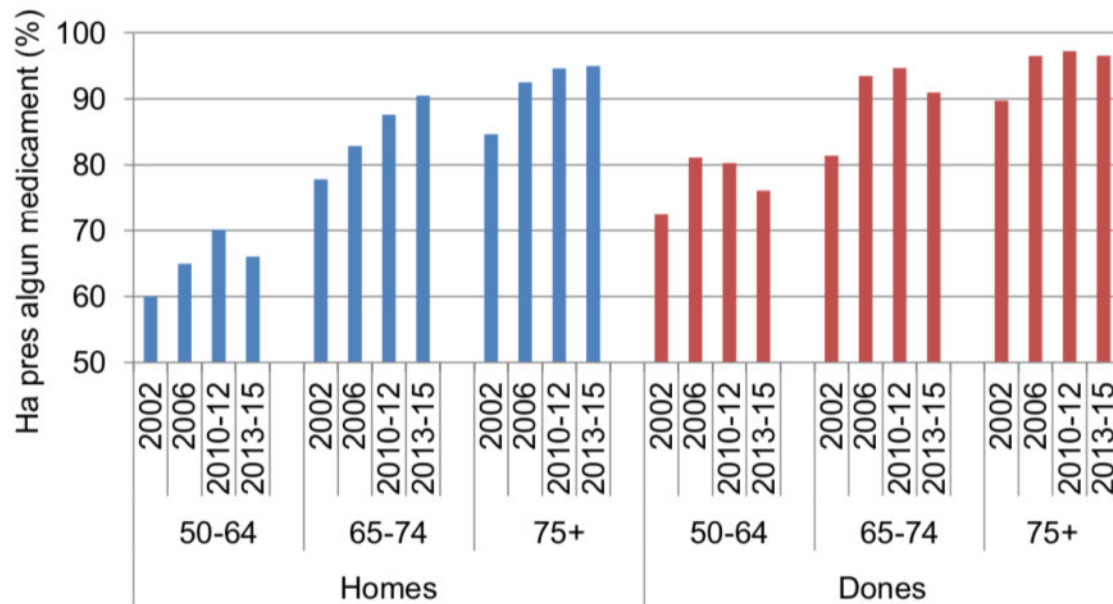


Classe més alta
MENOR
ús de medicaments,
sobretot entre les dones

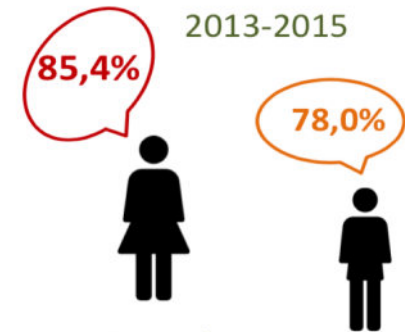
Classe més baixa
MAJOR
ús de medicaments



Figura 87. Proporció de població que pren medicaments (últims 2 dies) per sexe i edat.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.



Pren algun medicament (últims 2 dies)

Menys ingressos
MAJOR
consum de medicaments



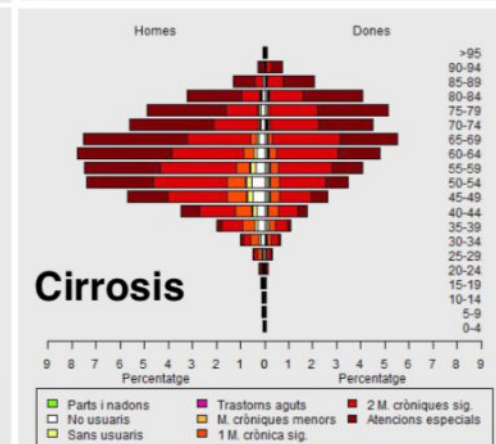
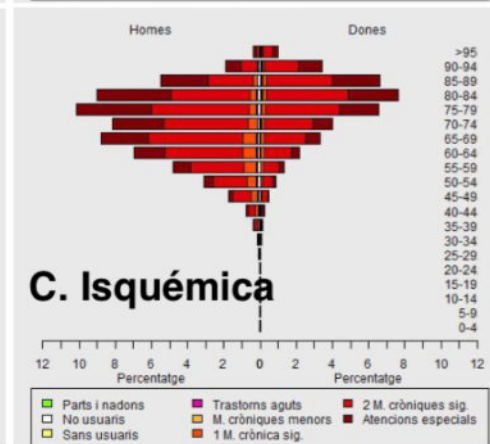
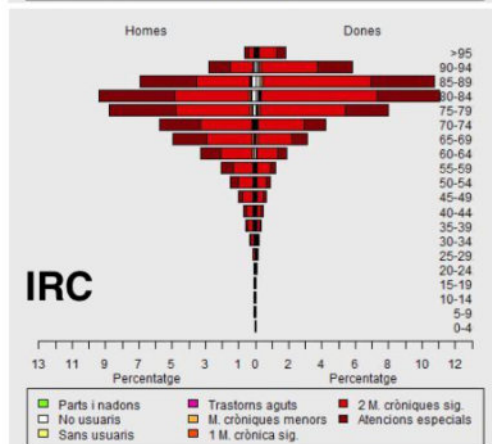
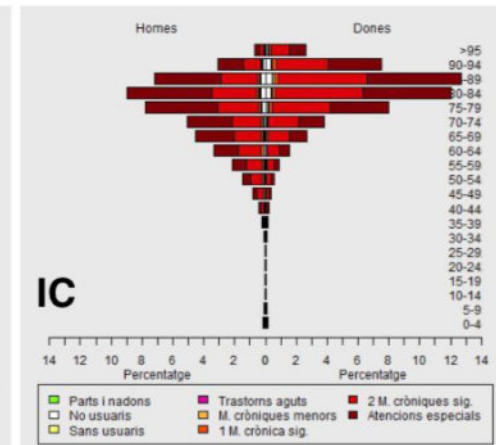
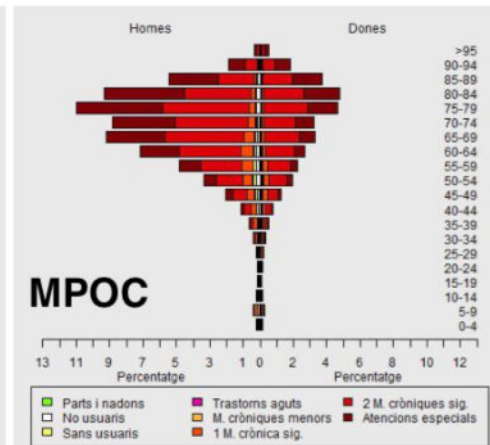
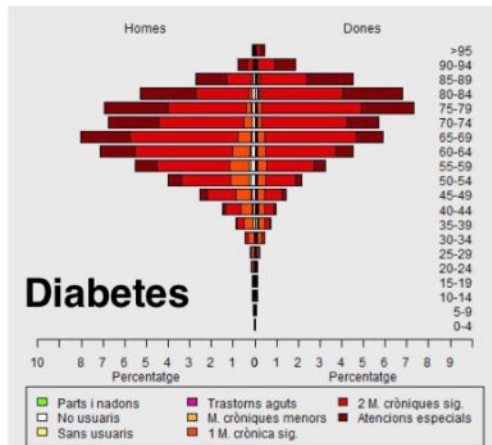
Més ingressos

MENOR

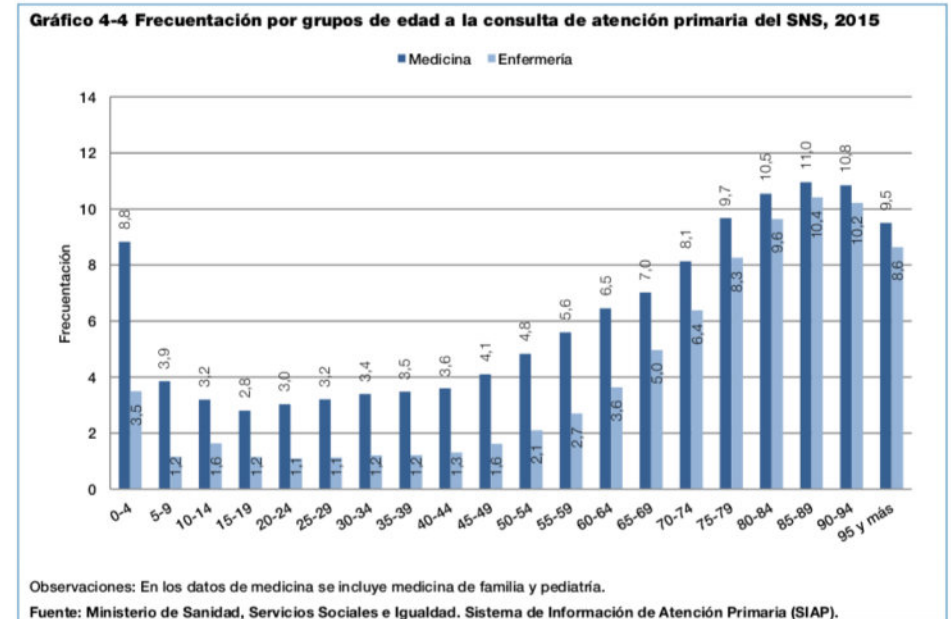
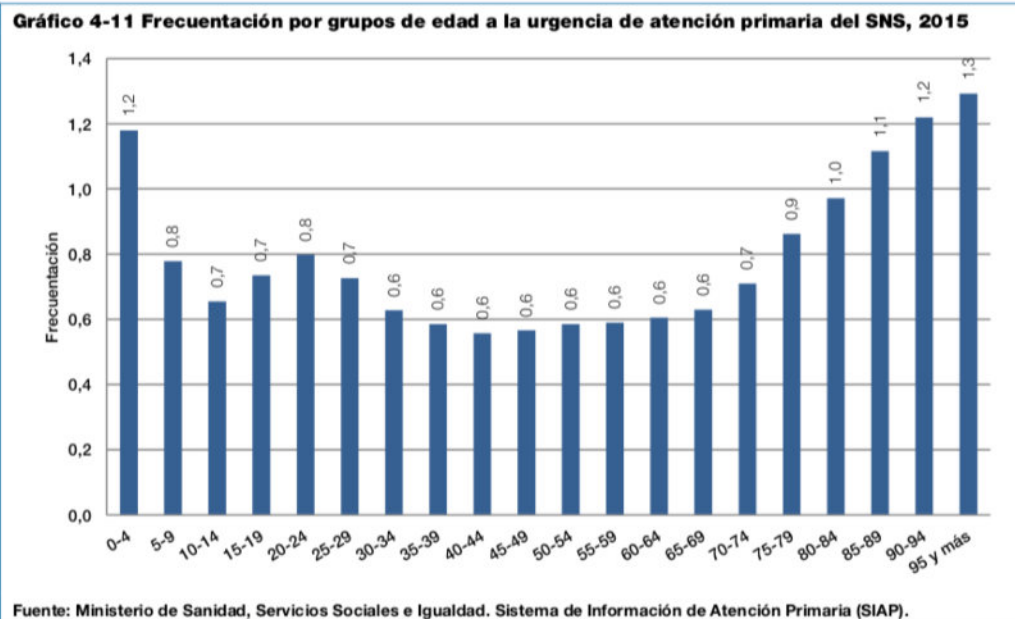
consum de medicaments



La cronicidad y edad



El consumo de recursos y la edad



El consumo de recursos y la edad (II)

3.5. Estada mitjana en dies dels contactes dels malalts residents a Barcelona ciutat per sexe i edat. 2011-2015

Grups d'edat	TOTAL	Homes	Dones
2011	4,7	5,2	4,3
2012	4,6	5,1	4,2
2013	4,5	4,9	4,1
2014	4,4	4,9	4,1
2015	4,4	4,8	4,1
Menys d'1 any	6,6	6,3	7,0
1-4 anys	2,4	2,4	2,5
5-9 anys	2,0	2,0	2,0
10-14 anys	2,9	2,4	3,7
15-19 anys	3,4	3,0	3,8
20-24 anys	2,7	3,1	2,5
25-29 anys	2,8	3,3	2,6
30-34 anys	2,8	3,1	2,8
35-39 anys	2,8	3,3	2,6
40-44 anys	2,9	3,6	2,5
45-49 anys	3,7	4,3	3,1
50-54 anys	4,0	4,7	3,4
55-59 anys	4,3	4,8	3,7
60-64 anys	4,4	5,1	3,7
65-69 anys	4,6	5,3	3,9
70-74 anys	4,7	5,1	4,2
75-79 anys	5,0	5,5	4,6
80-84 anys	5,5	5,7	5,4
85 anys i més	6,3	6,2	6,3

Nota: Contactes d'hospitalització convencional i cirurgia major ambulatoria (CMA). No s'han inclòs 75 contactes per tenir invàlida l'edat, el sexe o l'estada.

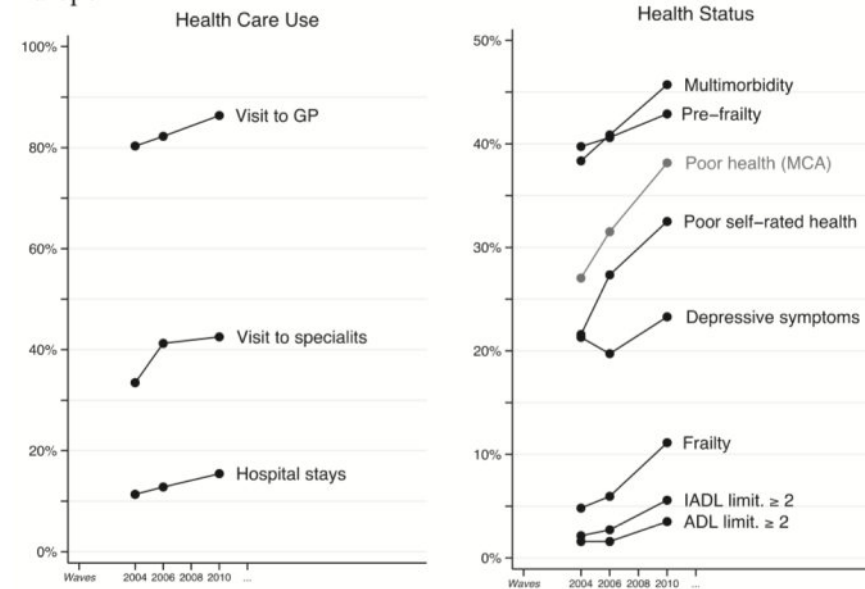
Departament d'Estadística. Ajuntament de Barcelona.
Font: Registre del CMBD dels hospitals d'aguts. Servei Català de la Salut. Generalitat de Catalunya.

The Dynamics of Hospital Use among Older People Evidence for Europe Using SHARE Data

Nicolas Sirven and Thomas Rapp

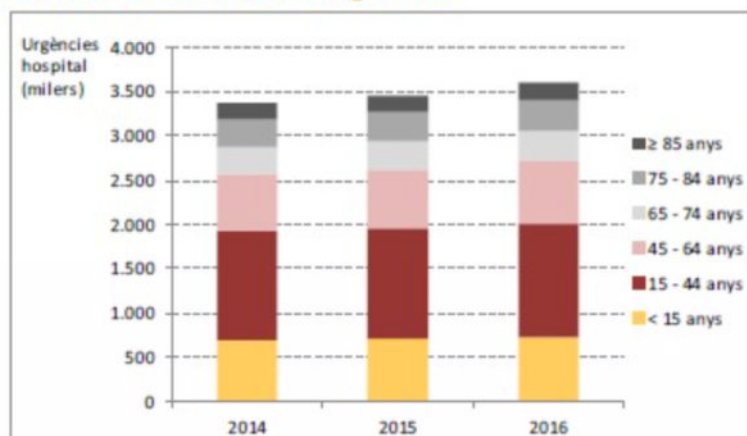
© Health Research and Educational Trust
DOI: 10.1111/1475-6773.12518
RESEARCH ARTICLE

Figure 1: Prevalence and Incidence of Health Status and Health Care Use in Europe



El consumo de recursos y la edad (III)

Evolució de l'activitat d'urgències



En los últimos años las urgencias hospitalarias han aumentado en Cataluña un **7%**: el grupo con mayor crecimiento ha sido el de **mayores de 85 años (incremento del 15%)**

Urgències anuals	2015	2016	Diferència
Hospitals	3.351.994	3.469.756	3,5%
CUAP¹	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%
AP continuada	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%

Catalunya

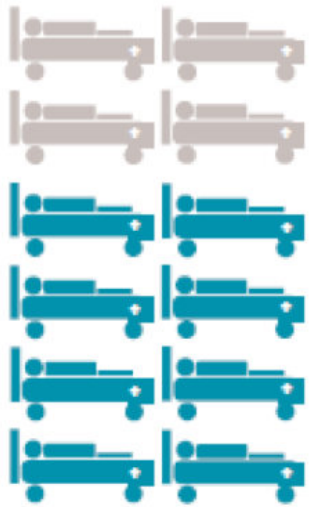
7.030.238 urgències ateses

130.856 (1,9%) més que l'any anterior

811,5 urgències per 1.000 habitants

El porcentaje de urgencias de riesgo vital (niveles I, II, III) en general **aumenta con la edad. Representa el 73% en los mayores de 95%**

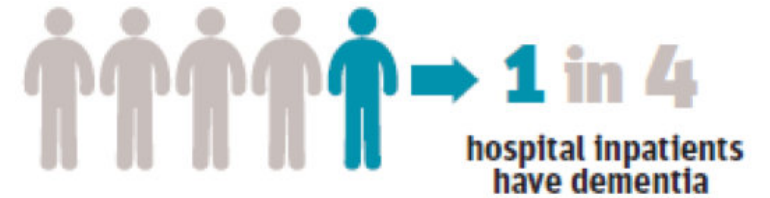
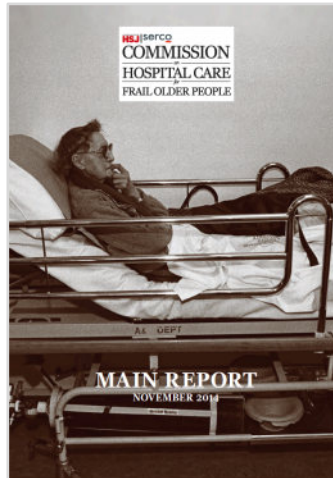
¿CUANTOS PACIENTES MAYORES HAY EN EL HOSPITAL DE AGUDOS?



Two-thirds of hospital bed days are for patients over



with a quarter for patients over







HSJ. Commission on Hospital Care for Frail Older people. 2014.

¿Es diferente en Cataluña?

	Localització dels pacients NECPAL +	% de pacients NECPAL + per setting
Population	NECPAL+, n (%)	NECPAL+, n (%)
Primary care	785 (1.52)	524 (1.0)
Nursing home	524 (66.8)	159 (53.9)
Social-health centre	155 (19.7)	64 (70.0)
District general hospital	55 (7.0)	60 (37.3)
	51 (6.5)	

Gómez-Batiste X, et al. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general Population: A cross-sectional study. Pall Med, 2014.

Intrahospital Mortality and Survival of Patients with Advanced Chronic Illnesses in a Tertiary Hospital Identified with the NECPAL CCOMS-ICO[®] Tool

Setting of care	Social-health centre	Nursing home	District general hospital	Home
Age (years), mean (SD)	78.1 (11.8)	85.2(6.9)	76.8 (11.3)	80.3(12.9)
Gender, n (%)				
Male	29 (52.7)	28 (18.2)	28 (56.0)	218 (41.5)
Female	26 (47.3)	126 (81.8)	22 (44.0)	307 (58.5)
Disease/condition, n (%)				
 Cancer	15 (27.3)	2 (1.3)	13 (26.0)	71(13.5)
 Organ failure	21 (38.2)	20 (13.0)	27 (54.0)	185 (35.2)
 Dementia	6 (10.9)	107 (69.5)	4 (8.0)	66 (12.6)
 Advanced frailty	13 (23.6)	25 (16.2)	6 (12.0)	203 (38.7)

Gómez-Batiste X, et al. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general Population: A cross-sectional study. Pall Med, 2014.

¿CUANTOS SON FRÁGILES?

Joosten et al. *BMC Geriatrics* 2014, **14**:1
<http://www.biomedcentral.com/1471-2318/14/1>

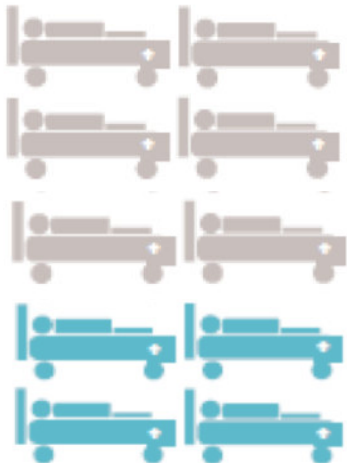


RESEARCH ARTICLE

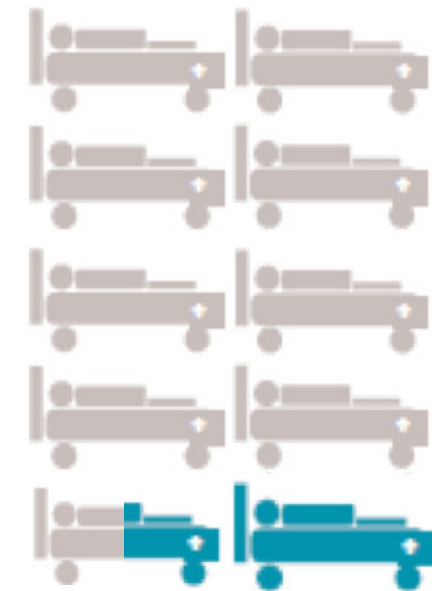
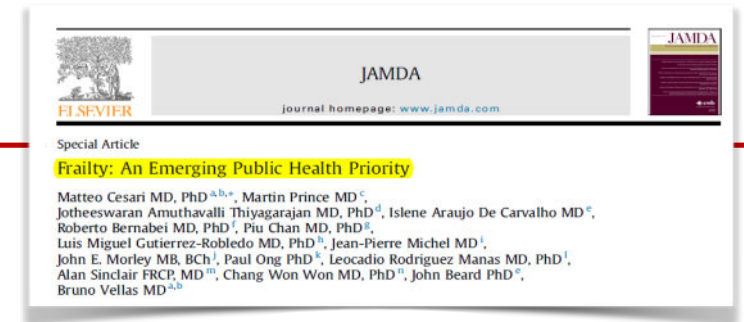
Open Access

Prevalence of frailty and its ability to predict in hospital delirium, falls, and 6-month mortality in hospitalized older patients

Etienne Joosten^{1*}, Mathias Demuyne¹, Elke Detroyer^{2,3} and Koen Milisen^{1,2}



Al menos un
40 %



14% (codificados como frágiles)

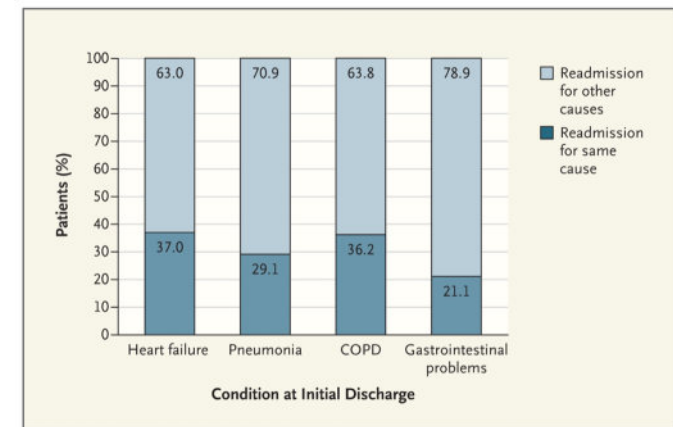
Soong J, Pet al. Quantifying the prevalence of frailty in English hospitals. *BMJ Open* 2015

El daño derivado de la hospitalización del mayor

Perspective Post-Hospital Syndrome — An Acquired, Transient Condition of Generalized Risk

Harlan M. Krumholz, M.D.

*To promote successful recovery after a hospitalization, health care professionals often focus on issues related to the acute illness that precipitated the hospitalization... **Patients** who were recently hospitalized **are not only recovering from their acute illness; they also experience a period of generalized risk for a range of adverse health events.** Thus, their condition may be better characterized as a post-hospital syndrome, an acquired, transient period of vulnerability. ... **At the time of discharge, physiological systems are impaired, reserves are depleted, and the body cannot effectively defend against health threats.***





Complicaciones asociadas a la no atención geriátrica del mayor

Complicaciones de la hospitalización en personas mayores

Hospital complications in the elderly

Xavier Rojano i Luque^{a,*}, Pau Sánchez Ferrin^b y Antoni Salvà^a,
por el Grupo de Trabajo de Complicaciones de la Hospitalización del Pla director sociosanitari[◇]

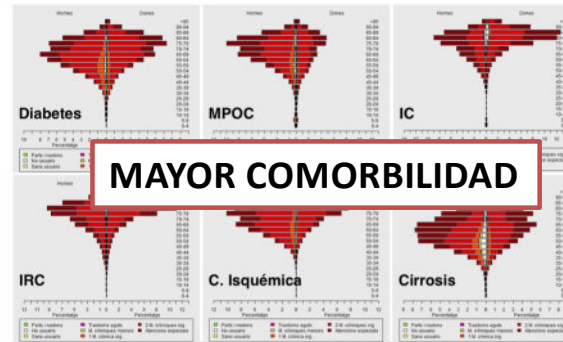
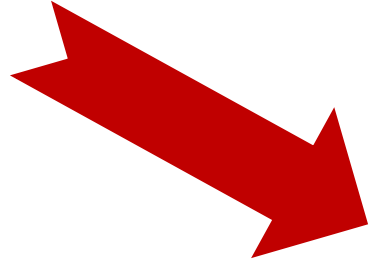
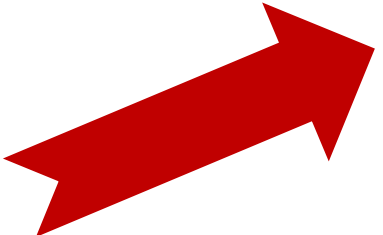
^a Fundació Salut i Envelliment Universitat Autònoma de Barcelona, Institut d'Investigació Biomèdica Sant Pau, Barcelona, España

^b Pla director sociosanitari, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Barcelona, España

Tabla 1
Interacción entre envejecimiento y hospitalización

Cambios del envejecimiento	Contribución de la hospitalización	Efectos potenciales primarios	Efectos potenciales secundarios
Reducción de la fuerza muscular y la capacidad aeróbica	Inmovilización, camas altas y barandillas	Decondicionamiento, caídas	Dependencia
Inestabilidad vasomotora Insensibilidad vasomotora y reducción volumen total de agua	Reducción volumen plasmático Inaccesibilidad a fluidos	Síncope, mareo	Caídas, fracturas
Reducción de la densidad ósea	Pérdida ósea acelerada	Aumento del riesgo de fracturas	Fractura
Ventilación reducida	Volumen de cierre incrementado	Reducción PO ₂	Síncope, delirio
Disminución de la capacidad sensorial	Aislamiento, pérdida de gafas o audífono, privación sensorial	Delirio	«Etiquetaje», restricciones químicas y/o mecánicas
Alteración de sed, hambre, olfacción y dentición	Barreras, contenciones físicas, dietas terapéuticas	Deshidratación, malnutrición	Reducción del volumen plasmático, nutrición enteral
Piel frágil	Inmovilización, fuerzas de cizalla	Úlceras por presión	Infección
Tendencia a la incontinencia urinaria	Barreras, «ataduras»	Incontinencia funcional	Catéter

Fuente: Creditor¹.



MAYOR DIFICULTAD EN EL MANEJO POR EQUIPO SANITARIO/SOCIAL

¿Y el FUTURO... ?



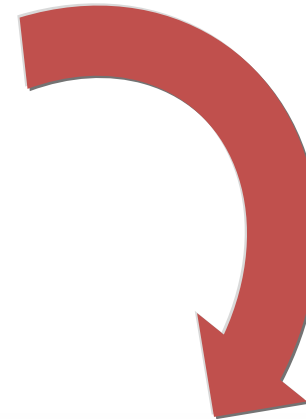
Evolucionar la visión de enfermedad a multimorbilidad...

Global burden of COPD: risk factors, prevalence, and future trends

DIABETES ATLAS

IDF Diabetes Atlas: Global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030

David R. Whitina^{a,*}, Leonor Guariguata^a, Clara Weil^a, Jonathan Shaw^b



BMJ

BMJ 2013;346:f2510 doi: 10.1136/bmj.f2510 (Published 2 May 2013) Page 1 of 4

ANALYSIS

Better management of patients with multimorbidity

Martin Roland and Charlotte Paddison call for greater emphasis on continuity of care and clinical judgment to improve the experience of patients with multiple conditions

BMJ

BMJ 2012;345:e8205 doi: 10.1136/bmj.e8205 (Published 9 September 2012) Page 1 of 10

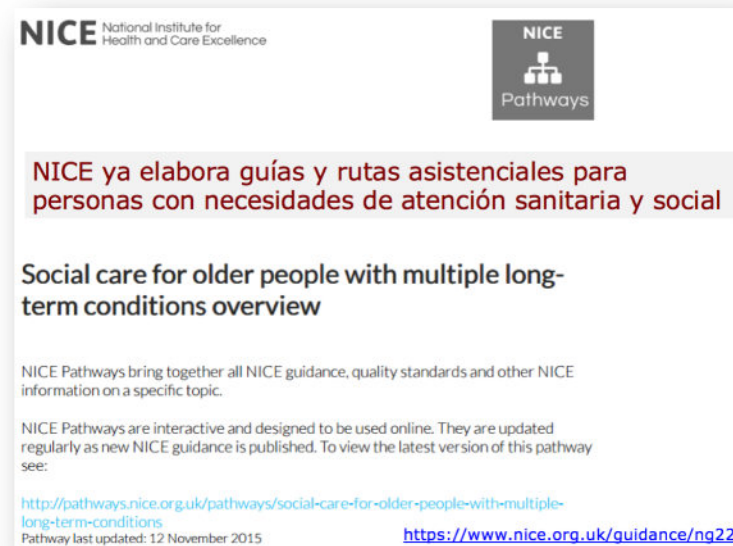
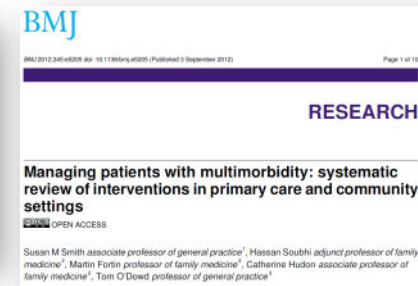
RESEARCH

Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings

OPEN ACCESS

Susan M Smith associate professor of general practice¹, Hassan Soubhi adjunct professor of family medicine², Martin Fortin professor of family medicine³, Catherine Hudon associate professor of family medicine⁴, Tom O'Dowd professor of general practice⁵

...Y avanzando hacia una atención orientada a dar respuesta a la la complejidad





The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

HOME

ARTICLES & MULTIMEDIA ▾

ISSUE



Perspective

Caring for High-Need, High-Cost Patients — An Urgent Priority

David Blumenthal, M.D., M.P.P., Bruce Chernof, M.D., Terry Fulmer, Ph.D., R.N., John Lumpkin, M.D., M.P.H., and Jeffrey Selberg, M.H.A.

N Engl J Med 2016; 375:909-911 | [September 8, 2016](#) | DOI: 10.1056/NEJMp1608511

Share:     

Article

References

Citing Articles (1)

Metrics

Improving the performance of America's health system will require improving care for the patients who use it most: people with multiple chronic conditions that are often complicated by patients' limited ability to care for themselves independently and by their complex social needs. Focusing on this population makes sense for humanitarian, demographic, and financial reasons.

<http://bit.ly/2cPyLa7>

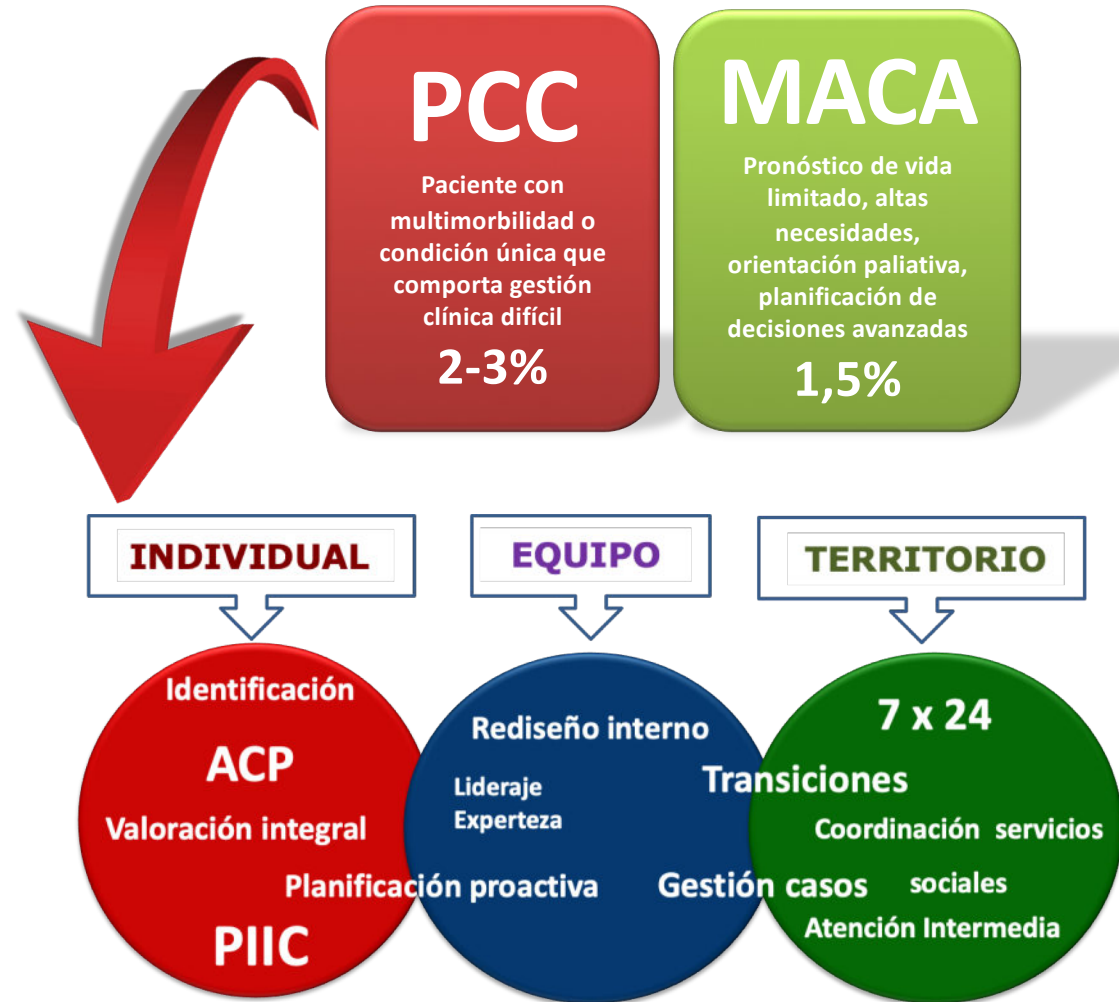
Audio Interview



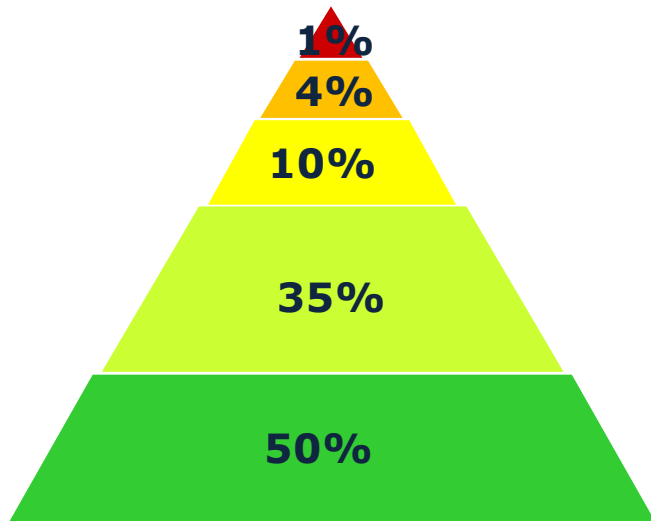
PERSONAS CON ALTAS NECESIDADES



Kuipers P et al. Complexity and Health care: health practitioner workforce services, roles, skills and training, to respond to patients with complex needs. 2011

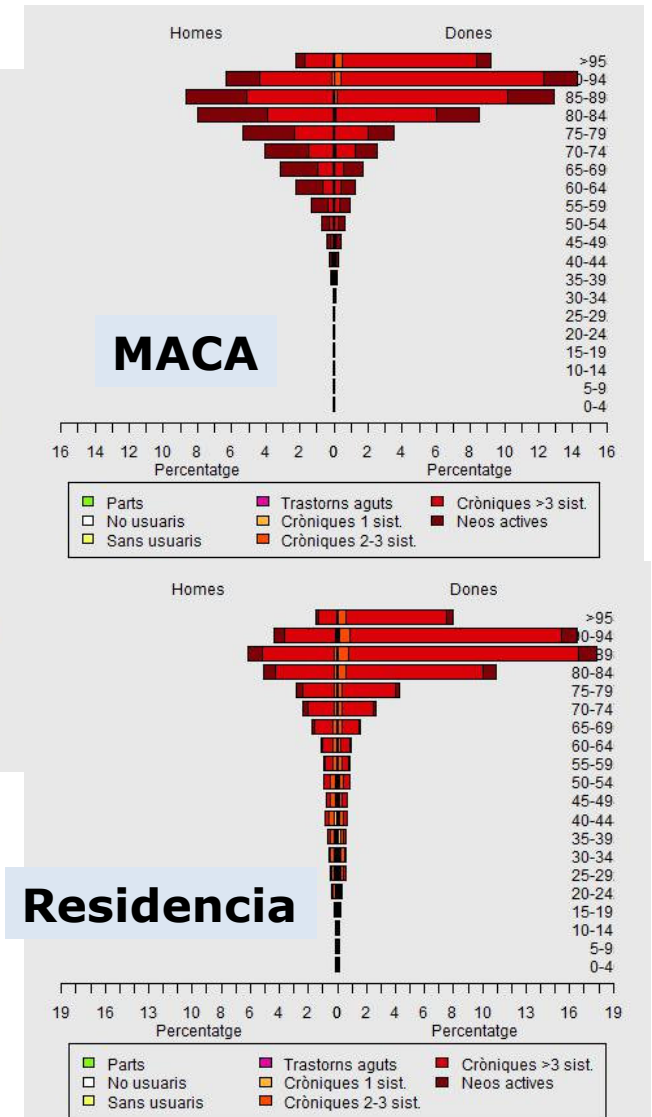
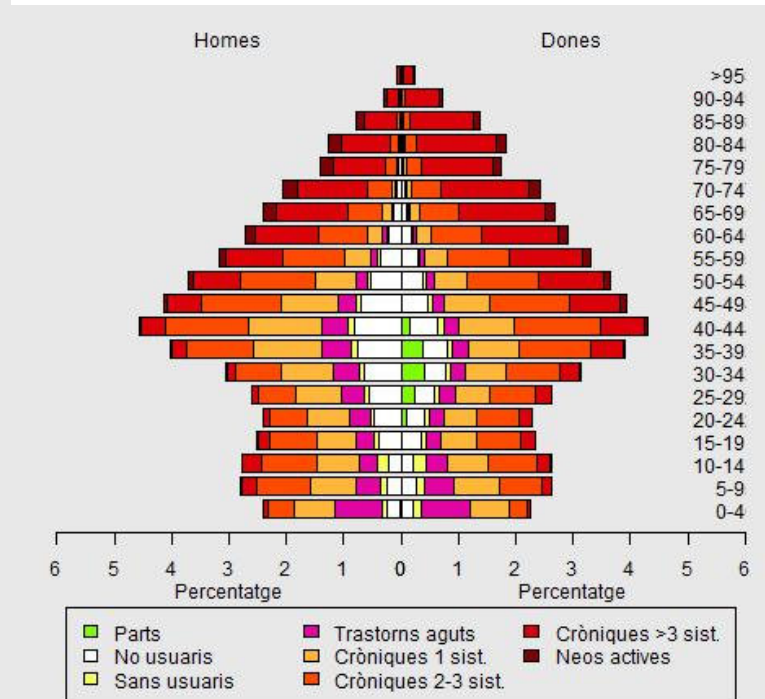
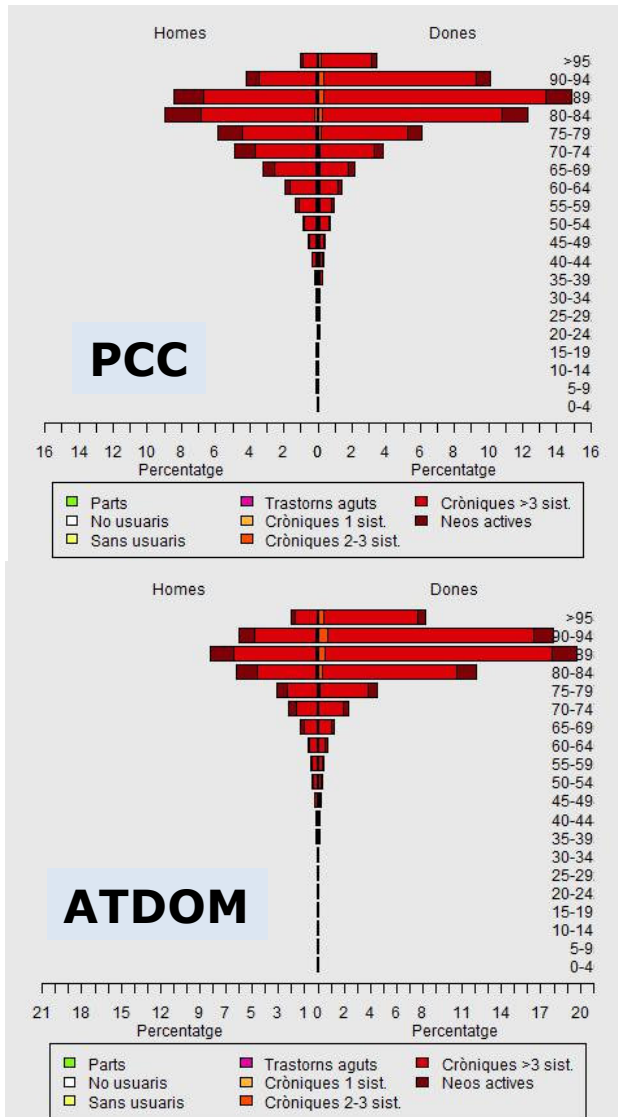


Impacto distribución diferentes segmentos



Mortalidad	Hospitalitzación	Gasto	Acumulativo
26,8%	171%	14215 €	15%
7,5%	56%	5804 €	40%
1,2%	20%	2353 €	65%
0,2%	7%	741 €	93%
0,1%	1%	141 €	100%

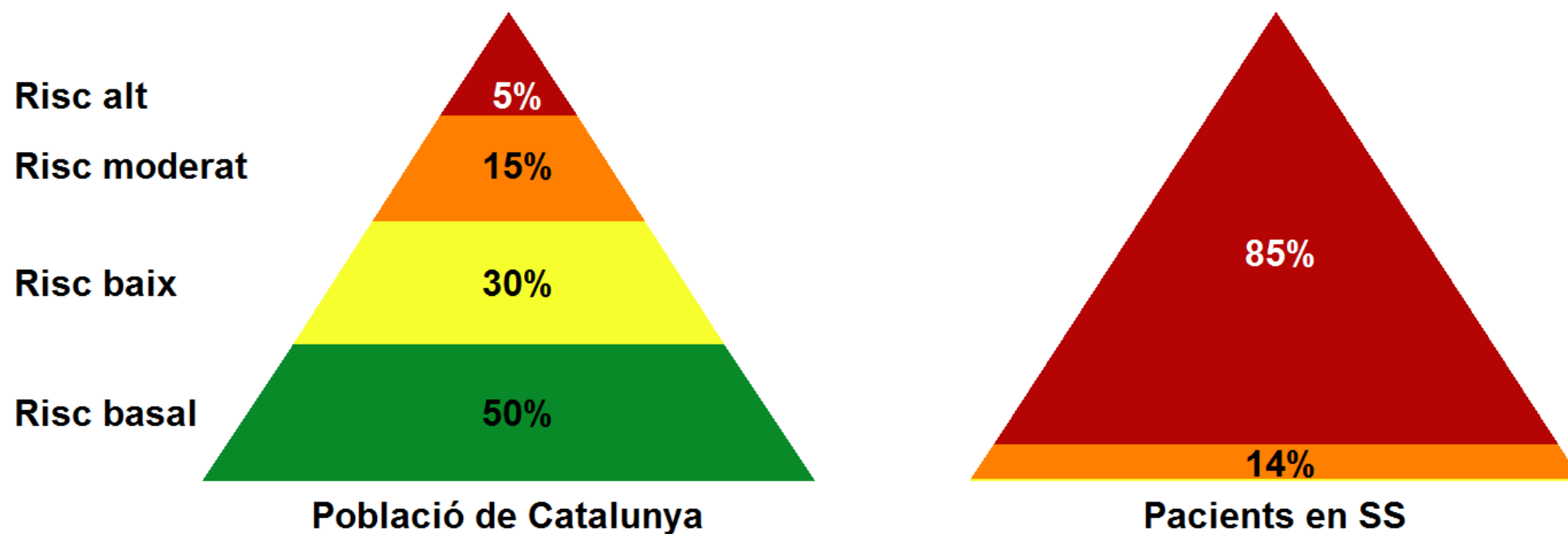
Perfiles de personas "altas necesidades de atención"



Font: Catsalut, 2017

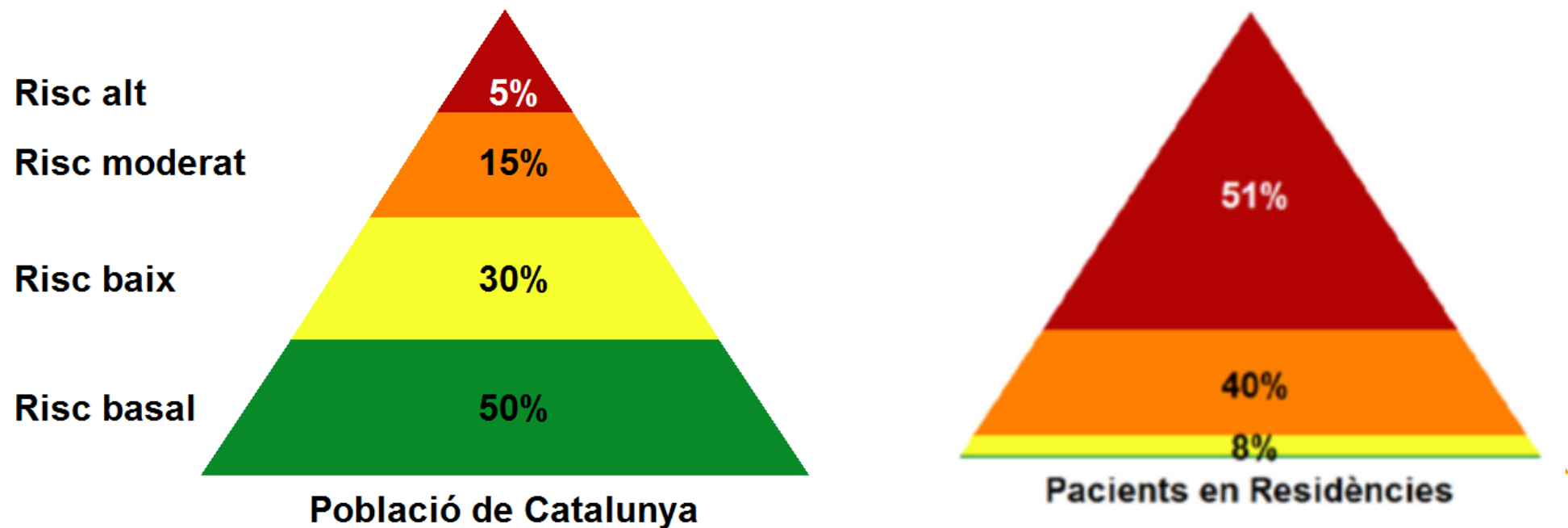
<https://msiq.catsalut.cat/>

“Complejidad” de los pacientes ingresados en UME y ULE en Cataluña



Descripción de los pacientes ingresados en Centros Sociosanitarios en Cataluña, 2016.

“Complejidad” de los pacientes institucionalizados en Cataluña



Descripción de los pacientes ingresados en Centros Residenciales en Cataluña, 2016.

¿Pero esto es una moda pasajera?



[Portada](#) > [Secciones](#) > [Política Sanitaria](#) > [Ministerio de Sanidad](#)

Nueva estrategia de crónicos: primer gran plan de Sanidad esta legislatura

Convoca a autonomías, profesionales y pacientes para renovar la Estrategia que se aprobó en 2012

María Luisa Carcedo, ministra de Sanidad en funciones.



"Lo crónico" by el Ministerio

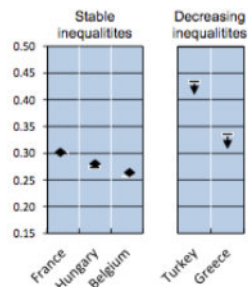
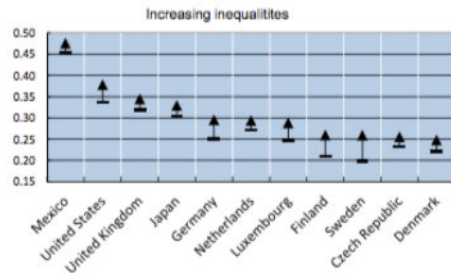
Cinco reflexiones de futuro (I)

AGEING UNEQUALLY

Francesca Colombo
Head, OECD Health Division
Brussels, April 16



Inequality has increased in most OECD countries



Evolution of Gini coefficients between 1985 and 2010.

Source: OECD (2011), *Divided We Stand*

Being Old in 2040 Will Be No Fun

Current trends in demographics and national budgets will leave the elderly of the future in dire straits.

By Martin Hutchinson, March 31, 2015

Posts by Martin Hutchinson



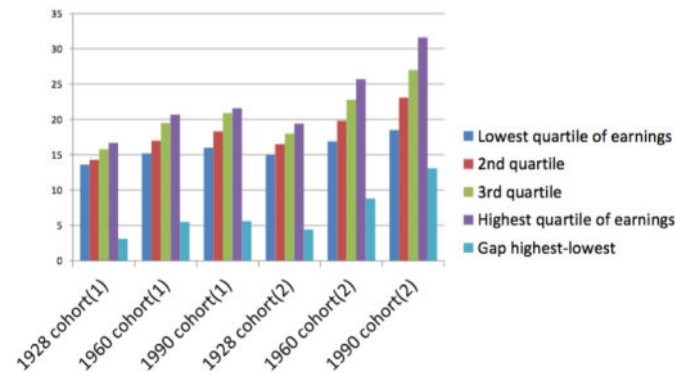
Credit: John - www.flickr.com

112

There are times when it's good to be young – the 1960s, with its prosperity and hedonism, was one such period. Being old has fewer joys, but you can argue that the 1990s were a halcyon period for the old. Pension funds were swollen by stock appreciation and the senior citizen generation was relatively small.

However, with the current trends in demographics and national budgets, the younger generation of Baby Boomers and the older Gen-X'ers (only few of the older Baby Boomers will still be around) can rest assured of one thing: Being old in 2040 will be very unpleasant.

Growing gap in male life expectancy at age 65 by earnings levels in the U.S.



Source: Goldman and Orszag, 2014

Cinco reflexiones de futuro (II)

Age-adjusted prevalence of #obesity in 2013-2014 was 35.0% among men and 40.4% among women
spr.ly/6011BSzwc

Survey Cycle	Sample Size	Odds Ratios (95% CI)		Predicted Margins, % (95% CI)	
		Adjusted for Age Group	Adjusted for Age Group, Race/Hispanic Origin Group, Smoking Status, and Educational Category	Adjusted for Age Group	Adjusted for Age Group, Race/Hispanic Origin Group, Smoking Status, and Educational Category
All^a					
2005-2006	4356	1 [Reference]	1 [Reference]	34.6 (31.9-37.4)	34.5 (31.7-37.4)
2007-2008	5550	0.97 (0.83-1.13)	0.96 (0.81-1.14)	33.9 (31.8-36.1)	33.6 (31.3-36.0)
2009-2010	5926	1.06 (0.92-1.22)	1.06 (0.91-1.23)	35.9 (34.1-37.7)	35.8 (34.1-37.5)
2011-2012	5181	1.02 (0.86-1.21)	1.04 (0.87-1.25)	35.1 (32.4-37.9)	35.4 (32.8-38.2)
2013-2014	5455	1.15 (1.00-1.33)	1.18 (1.01-1.37)	37.9 (36.2-39.7)	38.1 (36.3-40.0)
Total	26 468				
Men^b					
2005-2006	2237	1 [Reference]	1 [Reference]	33.5 (29.5-37.7)	33.4 (29.3-37.7)
2007-2008	2746	0.94 (0.75-1.18)	0.94 (0.74-1.20)	32.2 (29.4-35.1)	32.1 (29.1-35.2)
2009-2010	2889	1.10 (0.87-1.39)	1.09 (0.86-1.38)	35.5 (32.2-39.0)	35.3 (32.2-38.6)
2011-2012	2585	1.01 (0.81-1.25)	1.02 (0.82-1.28)	33.7 (31.1-36.4)	33.9 (31.4-36.6)
2013-2014	2638	1.08 (0.88-1.32)	1.08 (0.87-1.34)	35.2 (33.1-37.3)	35.1 (33.1-37.3)
Total	13 095				
Women^c					
2005-2006	2119	1 [Reference]	1 [Reference]	35.7 (33.0-38.5)	35.6 (33.0-38.3)
2007-2008	2804	0.99 (0.85-1.16)	0.97 (0.83-1.14)	35.5 (33.4-37.7)	35.0 (32.8-37.3)
2009-2010	3037	1.03 (0.89-1.18)	1.02 (0.88-1.18)	36.3 (34.5-38.1)	36.0 (34.2-37.8)
2011-2012	2596	1.04 (0.85-1.26)	1.06 (0.86-1.31)	36.5 (33.0-40.1)	36.9 (33.3-40.7)
2013-2014	2817	1.23 (1.04-1.45)	1.28 (1.08-1.51)	40.5 (37.9-43.2)	41.1 (38.5-43.7)
Total	13 373				

Abbreviation: BMI, body mass index.

^a BMI was calculated as weight in kilograms divided by height in meters squared. Obese was defined as participants with a BMI of 30 or greater.

^b All of the models for both sexes combined include sex as a covariate.

^c Models for both sexes, combined for all covariates, include significant interactions between race/Hispanic origin group and educational category.

status, race/Hispanic origin group and sex, educational category and sex, and smoking status and sex.

^d For men, the model includes an interaction between race/Hispanic origin group and smoking status.

^e For women, the model includes interactions between age group and educational category, race/Hispanic origin group and educational category, age group and smoking status, and race/Hispanic origin group.

SPECIAL REPORT

A Potential Decline in Life Expectancy in the United States in the 21st Century

S. Jay Olshansky, Ph.D., Douglas J. Passaro, M.D., Ronald C. Hershow, M.D., Jennifer Layden, M.P.H., Bruce A. Carnes, Ph.D., Jacob Brody, M.D., Leonard Hayflick, Ph.D., Robert N. Butler, M.D., David B. Allison, Ph.D., and David S. Ludwig, M.D., Ph.D.

VIEWPOINT

David S. Ludwig, MD, PhD
New Balance Foundation Obesity Prevention Center, Boston Children's Hospital and Harvard Medical School, Boston, Massachusetts

Lifespan Weighed Down by Diet

Since the end of the Civil War until the late 20th century, lifespan increased rapidly in the United States, a tremendous public health triumph brought about by a more dependable food supply, improved sanitation, and advances in medical care. In 1850, life expectancy among whites was an estimated 38 years for men and 40 years for women. These numbers nearly doubled by 1980, to 71 years for men and 78 years for women. With the start of the obesity epidemic in the late 1970s, this trend began to slow, leading some to predict that life expectancy would decline in the United States by the mid-21st century.¹

those most severely affected by the obesity epidemic (ie, counties located predominately in the Southeast and Midwest). This downward trend in longevity will almost certainly accelerate as the current generation of children—with higher body weights from earlier in life than ever before—reaches adulthood. Modern medical care may prevent premature death among adults who develop obesity at age 45 years, diabetes at 55 years, and heart disease at 65 years, but the public health implications are likely vastly greater if this sequence of events were initiated in childhood.

In addition to the health-related effects, the eco-

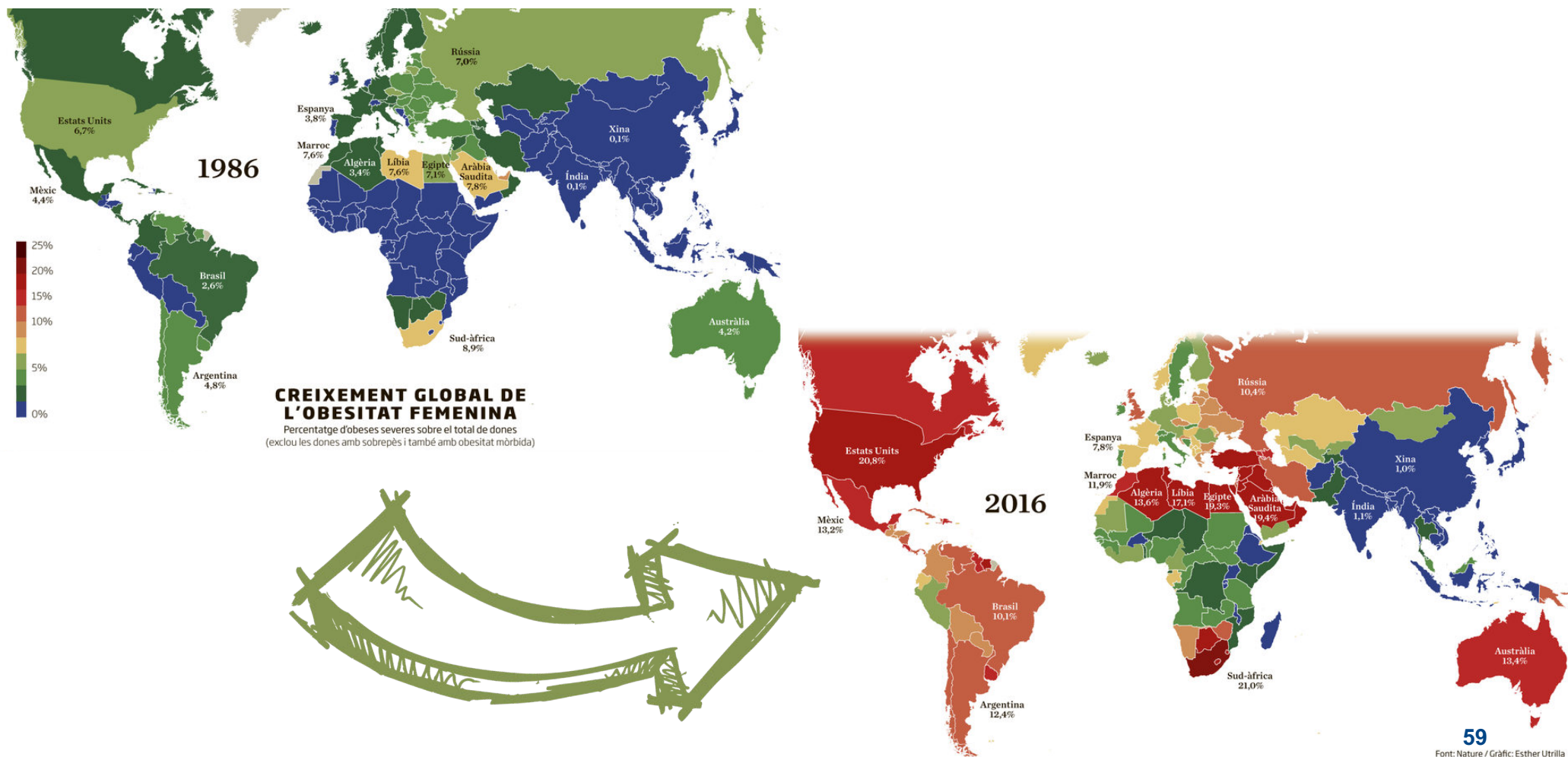
Original Investigation

Trends in Obesity Among Adults in the United States, 2005 to 2014

Katherine M. Flegal, PhD; Deanna Kruszon-Moran, MS; Margaret D. Carroll, MSPH; Cheryl D. Fryar, MSPH; Cynthia L. Ogden, PhD

JAMA. 2016;315(21):2284-2291. doi:10.1001/jama.2016.6458

Cinco reflexiones de futuro (IIb)



Cinco reflexiones de futuro (III)

Projections of multi-morbidity in the older population in England to 2035: estimates from the Population Ageing and Care Simulation (PACSim) model

Conclusions: our findings indicate that over the next 20 years there will be an expansion of morbidity, particularly complex multi-morbidity (4+ diseases). We advocate for a new focus on prevention of, and appropriate and efficient service provision for those with, complex multi-morbidity.

Table 1. Prevalence of (and numbers with) individual diseases and impairments in 2015, 2025 and 2035 and percentage change in numbers between 2015 and 2025, and 2015 and 2035, population aged 65 years and over

	2015% (n)	2025% (n)	2035% (n)	% Change (2015–2025)	% Change (2015–2035)
Diseases					
Arthritis	48.6 (4,721,300)	60.3 (7,059,300)	62.6 (9,046,300)	49.5	91.6
Cancer	12.6 (1,224,900)	19.6 (2,297,700)	23.7 (3,422,000)	87.6	179.4
CHD	18.3 (1,778,700)	16.6 (1,937,800)	15.0 (2,172,500)	8.9	22.1
Dementia	6.8 (659,700)	7.8 (918,800)	8.5 (1,227,500)	39.3	86.1
Depression	2.3 (225,700)	1.3 (155,500)	1.3 (191,600)	–31.1	–15.1
Diabetes	14.7 (1,428,400)	19.8 (2,317,900)	21.6 (3,115,400)	62.3	118.1
Hypertension	49.0 (4,768,200)	54.9 (6,423,400)	55.9 (8,080,400)	34.7	69.5
Respiratory	18.0 (1,747,400)	21.5 (2,520,000)	24.4 (3,520,300)	44.2	101.5
Stroke	7.5 (726,100)	8.7 (1,021,700)	9.3 (1,337,500)	40.7	84.2
Impairments					
CIND ^a	2.7 (264,100)	2.3 (273,500)	2.3 (331,600)	3.6	25.6
Hearing	12.4 (1,201,800)	11.6 (1,354,400)	12.5 (1,812,400)	12.7	50.8
Vision	6.2 (600,000)	5.2 (613,400)	5.4 (777,700)	2.2	29.6
Total Population	9,723,900	1,170,5800	1,444,9900		

^aCognitive impairment no dementia.

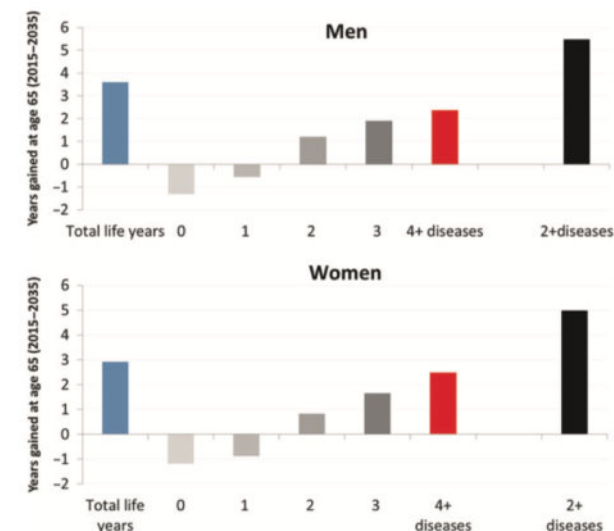


Figure 1. Years gained between 2015 and 2035 in life expectancy at age 65 and years lived from age 65 with multi-morbidity (diseases only), by sex

Key Points

- Between 2015 and 2035, numbers of older people with 4+ diseases will double and a third of these will have mental ill-health.
- Two-thirds or more of the gain in years of life at age 65 will be years with 4+ long-term conditions (complex multi-morbidity).
- Our findings suggest the need for a focus on prevention of, and service provision for those with, complex multi-morbidity.

Cinco reflexiones de futuro (IV)

www.thelancet.com Vol 392 November 10, 2018

Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016–40 for 195 countries and territories

Interpretation With the present study, we provide a robust, flexible forecasting platform from which reference forecasts and alternative health scenarios can be explored in relation to a wide range of independent drivers of health. Our reference forecast points to overall improvements through 2040 in most countries, yet the range found across better and worse health scenarios renders a precarious vision of the future—a world with accelerating progress from technical innovation but with the potential for worsening health outcomes in the absence of deliberate policy action. For some causes of YLLs, large differences between the reference forecast and alternative scenarios reflect the opportunity to accelerate gains if countries move their trajectories toward better health scenarios—or alarming challenges if countries fall behind their reference forecasts. Generally, decision makers should plan for the likely continued shift toward NCDs and target resources toward the modifiable risks that drive substantial premature mortality. If such modifiable risks are prioritised today, there is opportunity to reduce avoidable mortality in the future. However, CMNN causes and related risks will remain the predominant health priority among lower-income countries. Based on our 2040 worse health scenario, there is a real risk of HIV mortality rebounding if countries lose momentum against the HIV epidemic, jeopardising decades of progress against the disease. Continued technical innovation and increased health spending, including development assistance for health targeted to the world's poorest people, are likely to remain vital components to charting a future where all populations can live full, healthy lives.

Implications of all the available evidence

Our reference forecast predicted continued declines in global mortality and improvements in life expectancy, though at a slower rate than achieved in the past. Because of faster progress among many lower-SDI countries, absolute disparities between countries are currently projected to narrow by 2040. Nonetheless, the differences between better health and worse health scenarios for 2040 remain substantial, emphasising that the reference forecast is not inevitable and thus policy choices made today can profoundly affect each country's future health trajectories. For most countries, prioritising non-communicable diseases (NCDs) and NCD-related risks in health planning and investment decisions has the potential to markedly reduce premature mortality by 2040. Although NCDs were projected to rise in many low-SDI countries,

Cinco reflexiones de futuro (V)

Briefing

November 2018



Key points

- As the number of people with multiple health conditions grows, meeting their needs will be one of the biggest challenges facing the NHS. In 2006/07, one in 10 patients admitted to hospital as an emergency had 5+ conditions. In 2015/16, the figure was one in three.
- People with multiple conditions often have poorer quality of life, greater risk of premature death, and may need substantial NHS support. But the ability of the NHS to plan care that responds to these needs has been hampered by a lack of information about the conditions that people have and their existing patterns of care.
- To fill some of the gaps, we analysed data from 2014 to 2016 for 300,000 people in England. We considered 36 health conditions, including physical and mental health conditions, ongoing symptoms such as chronic pain, sensory impairment and substance misuse.
- We found that one in four adults had 2+ health conditions. This equates to approximately 14.2 million people in England with multiple conditions.
- People in disadvantaged areas are at greater risk of having multiple conditions, and are likely to have multiple conditions at younger ages. Around 28% of people in the most-deprived fifth of England have 4+ conditions, compared with 16% in the least-deprived fifth. In the least-deprived fifth of areas, people can expect to have 2+ conditions by the time they are 71 years old, but in the most-deprived fifth, people reach the same level of illness a decade earlier, at 61 years of age.

Briefing: Understanding the health care needs of people with multiple health conditions

- Although having multiple conditions is often thought of as being related to old age, 30% of people with 4+ conditions are under 65 years of age, and this percentage is higher in disadvantaged areas. Improving care for people with multiple conditions requires action across the NHS and other sectors, not just services targeting elderly people.
- People with multiple conditions have multiple consultations and treatments. We found patients with 4+ conditions had an average of 8.9 outpatient visits across 2.8 different medical specialties. Over the study period, they visited their general practice 24.6 times (or once a month on average) and were prescribed 20.6 different medications. This compares with the 2.8 outpatient visits, 8.8 visits to the general practice, and 5.6 different medications for patients with one condition. However, people with multiple conditions did not seem to have significantly longer GP consultation times despite their more complex needs.

Retos de presente y futuro



Dos visiones complementarias, dos retos complementarios



Prevenir ingresos hospitalarios

Evitar estancias innecesarias en el hospital

Trabajar para mantener a la persona en su domicilio de forma segura



Prevenir ingresos hospitalarios

Los hospitales y su Trabajo más allá del propio centro



The King's Fund > Ideas that change health care

Acute hospitals and integrated care

From hospitals to health systems

Authors
Chris Naylor
Hugh Alder
Matthew Ho

March 2015

BMJ open
accessible medical research

Reductions in hospital admissions and mortality rates observed after integrating emergency care: a natural experiment

Adrian A Boyle,¹ Vazeer Ahmed,¹ Christopher R Palmer,² Tom J H Bennett,³ Susan M Robinson¹

¿PERO SON PREVENIBLES LAS HOSPITALIZACIONES EN ESTE COLECTIVO DE PERSONAS?

Symposium review

J R Coll Physicians Edinb 2013; 43:340-4
http://dx.doi.org/10.4997/JRCPE.2013.415
© 2013 Royal College of Physicians of Edinburgh

Predicting and preventing avoidable hospital admissions: a review

¹S Purdy, ²A Huntley

¹Reader in Primary Health Care, ²Research Associate, Centre for Academic Primary Care, School for Social and Community Medicine, University of Bristol, UK

ABSTRACT The strongest risk factors for avoidable hospital admission are age and deprivation but ethnicity, distance to hospital, rurality, lifestyle and meteorological factors are also important, as well as access to primary care. There is still considerable uncertainty around which admissions are avoidable. In terms of

BMJ

EDITORIALS

BMJ 2013;346:f3186 doi: 10.1136/bmj.f3186 (Published 20 May 2013)

Page 1 of 2

Preventing admission of older people to hospital

No evidence that managing "frail older" people in the community reduces admissions

Shaun D'Souza *specialist registrar, medicine for older people*, Sunku Guptha *consultant physician, medicine for older people*

En los últimos 10 años muy pocas intervenciones han demostrado reducciones significativas de la derivación de estos pacientes en el hospital ...

Purdy S. Avoiding Hospital Admissions. What Does the Research Evidence Say? Kings Fund, 2010

PERÒ SON PREVENIBLES LES HOSPITALITZACIONS EN AQUEST COL·LECTIU DE PERSONES? (II)

... y la poca **evidencia*** que hay es **débil**, con muy pocos ensayos aleatorizados y en ámbitos muy concretos.

Turner J, et al. What evidence is there on the effectiveness of different models of delivering urgent care? A rapid review. Health Serv Deliv Res 2015

Econ RL, et al. Interventions to reduce hospital readmissions in the elderly: in-hospital or home care. A systematic review. Journal of Evaluation in Clinical Practice. 2011.



- ✓ Incremento de la atención continuada (7 x 24)
- ✓ Equipos multidisciplinares proactivos
- ✓ Presencia de “seniors” en los servicios de Urgencias
- ✓ Incremento de la integración de los equipos

O'Cathain A, et al. Variation in avoidable emergency admissions: multiple case studies of emergency and urgent care systems. J Health Serv Res Policy 2016;21(1):5-14.

La importancia de la AP en la atención a mayores



La importancia de la AP

New challenges and demands in the 21st century

- ❖ En muchos países, el envejecimiento de la población y la creciente carga de enfermedades crónicas a largo plazo y múltiples enfermedades provocan que los actuales **sistemas de de salud luchan para satisfacer las crecientes demandas de atención.**
- ❖ El **aumento de las expectativas asistenciales han supuesto nuevas demandas en los servicios de salud**
- ❖ Ofrecer una **atención proactiva** más que reactiva, **amplia y continua** en vez de específica para episodios y enfermedades, **construido sobre relaciones sostenibles entre pacientes y proveedores.**
- ❖ La **fragmentación existente** es el resultado del **exceso de medicalización, la subespecialización excesiva y los modelos curativos de atención asistidos verticalmente.**



PPAC i la importància de l'AP

New challenges and demands in the 21st century

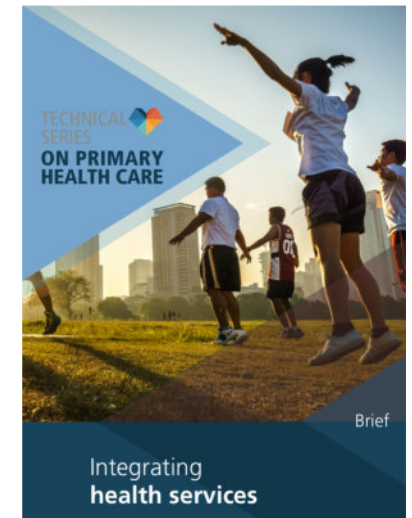
- ❖ Estos **enfoques fragmentados** reducen la capacidad del sistema sanitario para proporcionar continuidad de la atención ...
- ❖ Estos **enfoques** también **crean una baja satisfacción del usuario y los vacíos en la atención de pacientes con multimorbilidades** (1-5).
- ❖ **Se necesita una respuesta alineada en todo el sistema de salud para mejorar la integración para superar estos desafíos** (6).
- ❖ Aquesta resposta pot generar beneficis significatius en tots els països.



PPAC i la importància de l'AP

A response to fragmentation: integration of services

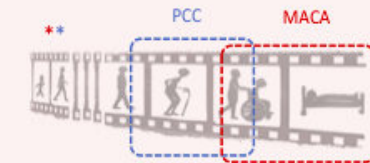
- ❖ Muchos gobiernos han **implementado reformas estructurales y financieras para alejarse de los modelos de cuidados centrados en el proveedor y reorientarlos basándose en principios de integración ...**
- ❖ La **integración exitosa** también **garantiza que los servicios de salud** a través de este continuo de atención **tienen una calidad aceptable, es decir, efectiva, segura y centrada en las personas.**
- ❖ Los servicios sanitarios integrados, **basados en funciones de atención primaria y salud pública fuertes**, contribuyen directamente a una mejor distribución de los resultados sanitarios y el bienestar y la calidad de vida, que a su vez aportan importantes beneficios económicos, sociales e individuales.



Reto 1 – Liderar y mejorar atención a la complejidad en AP

Proposta d'implementació de l'Estratègia d'Atenció a la CRONICITAT COMPLEXA en el marc de l'ENAPISC

(1) Objectius de l'estratègia



MIRADA INDIVIDUALITZADA (professionals)
 MIRADA POBLACIONAL (organitzativa)
 Amb una DOBLE MIRADA...



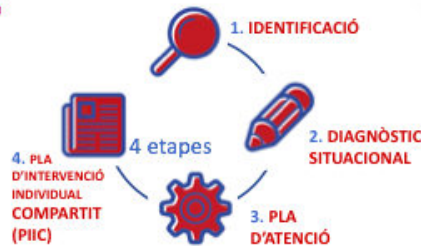
(2) Persones a qui va dirigit



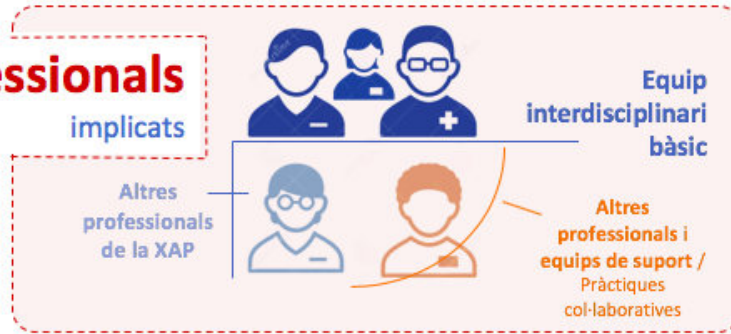
... i un TRIPLE ABORDATGE de la complexitat



(3) Model d'atenció



(4) Professionals implicats



(5) Elements clau a nivell organitzatiu

- Accessibilitat
- Treball en xarxa
- Integració de l'atenció social i sanitària
- Model de prescripció farmacèutica
- Formació dels professionals i recerca
- Tecnologies de la informació i monitorització de resultats

Mejoramos atención al mayor con necesidades complejas una vez ingresado



Evitar estancias innecesarias en el hospital

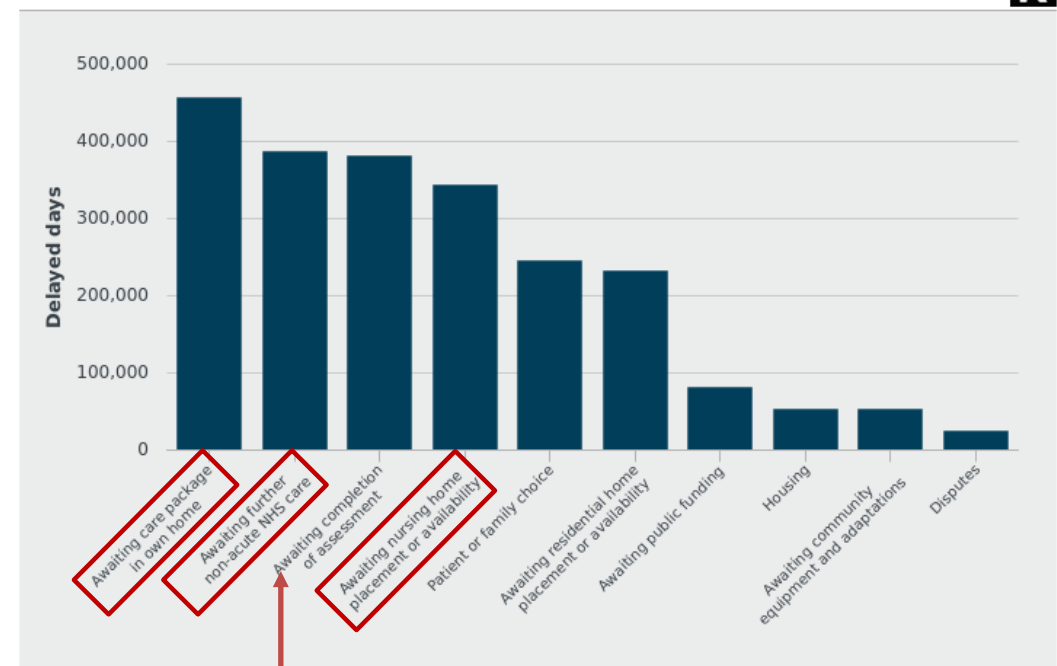
Evitar estancias innecesarias

Las estancias inadecuadas y el mal uso de recursos están más relacionadas con los procesos de atención que con el perfil de paciente atendido.

Bodenheimer T E et al. High and rising health costs.

Part 1: Seeking and explanation. Ann Intern Med. 2005; 142:847-54.

Delayed transfers of care by reason, 2016/17



Source: NHS England, <https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/delayed-transfers-of-care/>

Problema lligat a procés d'atenció

Evitar estancias innecesarias

Original Article

Prolonged length of stay in hospitalized internal medicine patients

Raquel Barba ^a, Javier Marco ^b, Jesús Canora ^c, Susana Plaza ^d, Sara Nistal Juncos ^a, Juan Hinojosa ^c, Manuel Mendez Bailon ^b, Antonio Zapatero ^{c,*}

JAMDA 13 (2012) 82.e13–82.e17

En comparación con pacientes sin estancias prolongadas, los pacientes con **EM prolongadas** tenían más posibilidades de requerir **consultas de cuidados paliativos** (OR: 2,48; IC del 95%: 2,39 a 2,58); **cirugía** (OR: 6,9; IC del 95%: 6,8 a 7,0); y fue dado de alta a un **centro de atención post-aguda** (OR: 2,91, IC del 95%: 2,86 a 2,95).

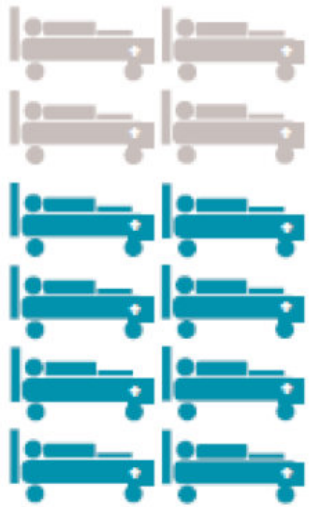
Table 3

Multivariable Logistic Regression Model for Prediction of In-hospital Mortality

	OR	95% CI	
Female	1.113	1.056	1.173
Age	1.024	1.022	1.027
Dementia	1.093	1.032	1.158
Cancer	2.038	1.860	2.233
Previous feeding tube	1.393	1.087	1.786
Acute infection	1.185	1.120	1.254
Acute respiratory failure	2.002	1.901	2.108
Pressure sore	1.779	1.624	1.948
Nosocomial pneumonia	2.504	2.298	2.729

CI, confidence interval; OR, odds ratio.

¿CUANTOS PACIENTES GRANDES HAY EN EL HOSPITAL DE AGUDOS?

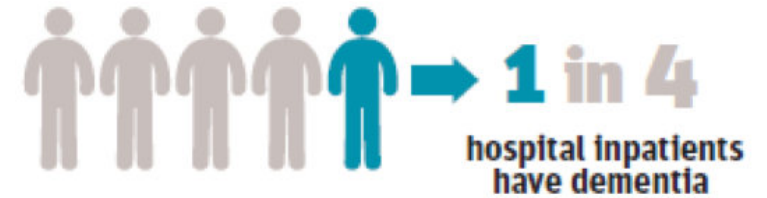
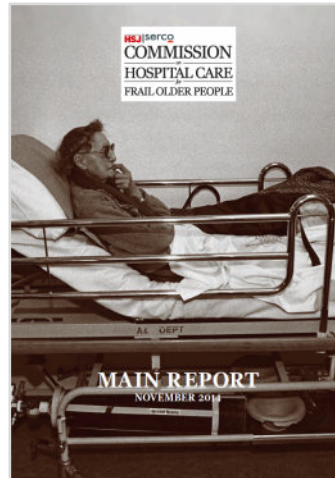


Two-thirds of hospital bed days are for patients over

65

with a quarter for patients over

80



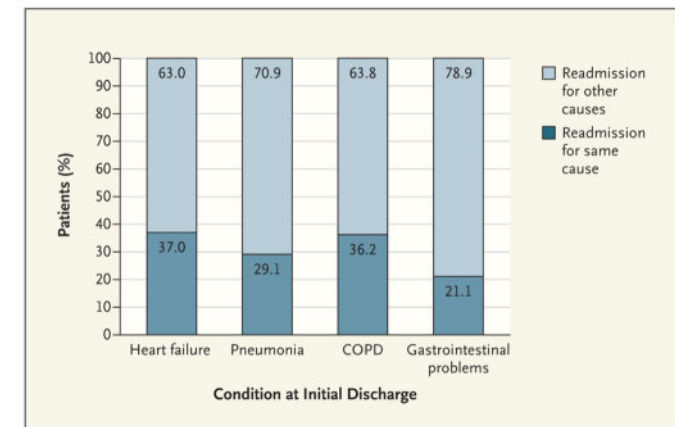
Reto 2 – Evitar el daño derivado de la hospitalización

Perspective

Post-Hospital Syndrome — An Acquired, Transient Condition of Generalized Risk

Harlan M. Krumholz, M.D.

*To promote successful recovery after a hospitalization, health care professionals often focus on issues related to the acute illness that precipitated the hospitalization... **Patients** who were recently hospitalized **are not only recovering from their acute illness; they also experience a period of generalized risk for a range of adverse health events.** Thus, their condition may be better characterized as a post-hospital syndrome, an acquired, transient period of vulnerability. ... **At the time of discharge, physiological systems are impaired, reserves are depleted, and the body cannot effectively defend against health threats.***





Reto 2 – Evitar el daño derivado de la hospitalización (II)

Complicaciones de la hospitalización en personas mayores

Hospital complications in the elderly

Xavier Rojano i Luque^{a,*}, Pau Sánchez Ferrin^b y Antoni Salvà^a,
por el Grupo de Trabajo de Complicaciones de la Hospitalización del Pla director sociosanitari[◇]

^a Fundació Salut i Envelliment Universitat Autònoma de Barcelona, Institut d'Investigació Biomèdica Sant Pau, Barcelona, España

^b Pla director sociosanitari, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Barcelona, España

Tabla 1
Interacción entre envejecimiento y hospitalización

Cambios del envejecimiento	Contribución de la hospitalización	Efectos potenciales primarios	Efectos potenciales secundarios
Reducción de la fuerza muscular y la capacidad aeróbica	Inmovilización, camas altas y barandillas	Decondicionamiento, caídas	Dependencia
Inestabilidad vasomotora Insensibilidad vasomotora y reducción volumen total de agua	Reducción volumen plasmático Inaccesibilidad a fluidos	Síncope, mareo	Caídas, fracturas
Reducción de la densidad ósea	Pérdida ósea acelerada	Aumento del riesgo de fracturas	Fractura
Ventilación reducida	Volumen de cierre incrementado	Reducción PO ₂	Síncope, delirio
Disminución de la capacidad sensorial	Aislamiento, pérdida de gafas o audífono, privación sensorial	Delirio	«Etiquetaje», restricciones químicas y/o mecánicas
Alteración de sed, hambre, olfacción y dentición	Barreras, contenciones físicas, dietas terapéuticas	Deshidratación, malnutrición	Reducción del volumen plasmático, nutrición enteral
Piel frágil	Inmovilización, fuerzas de cizalla	Úlceras por presión	Infección
Tendencia a la incontinencia urinaria	Barreras, «ataduras»	Incontinencia funcional	Catéter

Fuente: Creditor¹.

Reto 2 – Evitar el daño derivado de la hospitalización (III)

Taula 6. Factors de risc associats a les complicacions hospitalàries

Factors de risc	Complicacions					
	Caigudes	RAM	↓ autonomia	UP	IU	Delírium
Estat cognitiu	✓		✓	✓	✓	✓
Immobilitat	✓		✓	✓	✓	✓
Estat funcional	✓		✓	✓	✓	✓
Comorbiditat			✓			✓
Polimedicació	✓	✓	✓			
Estada perllongada			✓	✓		

RAM: reacció adversa a medicaments; ↓ autonomia: pèrdua d'autonomia;
UP: úlceres per pressió; IU: incontinència urinària.

Taula 7. Mesures preventives

Activitats preventives	Complicacions					
	Caigudes	RAM	↓ autonomia	UP	IU	Deliri
Mobilitat/exercici	✓		✓	✓	✓	✓
Adaptacions de l'entorn	✓		✓	✓	✓	✓
Nutrició*			✓	✓		✓
Deshidratació			Ind			✓
Son			ind			✓
Revisió del tractament farmacològic	✓	✓	✓	✓	✓	✓

*Només en persones amb problemes nutricionals.

Ind = actua de manera indirecta sobre un factor de risc

Prevenió de complicacions associades a l'hospitalització de la gent gran

Barcelona, juliol de 2015

Reto 3 - Mejorar Atención al mayor complejo en Urgencias

PATIENT POPULATIONS

By Ula Hwang, Manish N. Shah, Jin H. Han, Christopher R. Carpenter, Albert L. Siu, and James G. Adams

THE CARE SPAN

Transforming Emergency Care For Older Adults

Nursing home patients are a particularly challenging population because essential information is often lacking.

The aging population will challenge hospitals to reinvent the role of the ED in the broader health care system.

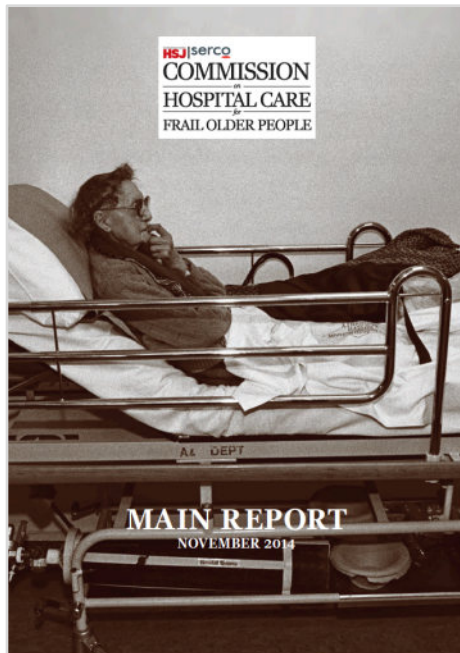
25%

Return within 30 days

Approximately 25 percent of older adults discharged from the ED return to hospitals within 30 days.

To optimize emergency care for older adults, alternative models of care have been proposed to address their special care needs.

Reto 3 - Mejorar Atención al mayor complejo en Urgencias (II)



RESPONSE: RCP LONDON FUTURE HOSPITAL IDENTIFYING KEY CHALLENGES

- ✓ Increased collaborative working by hospitalists and their teams with primary care services to identify frail older patients in the community
- ✓ Identifying those patients who present to hospital as an emergency but who **do not require admission**

Reto 3 - Mejorar Atención al mayor complejo en Urgencias (III)

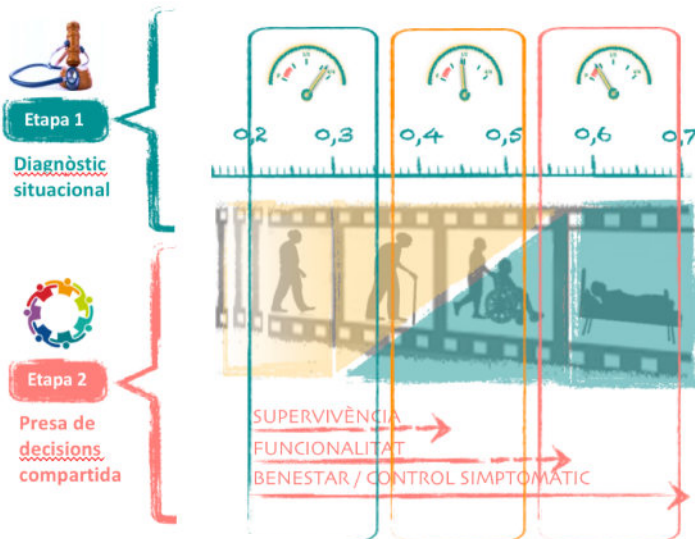
ARTÍCULO ESPECIAL

Protocolo territorial de adecuación de la intensidad terapéutica.
Área Metropolitana Sur de Barcelona

Rev Esp Geriatr Gerontol. 2018;53(4):217-222



Benito Jesús Fontecha-Gómez^{a,b,g,*}, Jordi Amblàs-Novellas^h, Évora Betancor-Santana^{a,b},
Lourdes Rexach-Canoⁱ, Marina Isabel Ugarte^{a,b}, Araceli López-Pérez^{c,d}, Kenneth Planas^{c,d},
Nuria Gutiérrez Jiménez^j, Rosario Casas Floriano^k, Cristina García-Fortea^l,
Gala Serrano Bermúdez^m, María Rotllàn-Terradellas^{e,f} y Daniel Fernández-Ponceⁿ



Institut Català de la Salut
Pla d'Actuació Individualitzat
Data impressió: 04/04/2013
Data actualització: 04/04/2013

Data naixement: 04/05/1967 DNI: [REDACTED] NASS: [REDACTED]
Domicili: [REDACTED]

Problemes de salut

Codi	Descripció	Data alta	Relevància	Comentari
E78	TRASTORN DEL METABOLISME DE LES LIPOPROTEÏNES I ALTRES LIPÍ	08/03/2013	Alta	
E11	DIABETIS MELLITUS TIPUS 2	08/03/2013	Alta	
F17.2	DEPENDÈNCIA PER CONSUM DE TABAC, SÍNDROME DE DEPENDÈNCIA	28/02/2013	Alta	Alta des d'intel·ligència Activa
Z21	ESTAT D'INFECIÓ ASIMPTOMÀTICA PEL VIRUS DE LA IMMUNODEFICIÈNCIA	05/09/2012	Alta	
C16	TUMOR MALIGN DE L'ESTÓMAC	27/07/2012	Alta	
B37.3	CANDIDIASI VAGINAL	19/01/2012	Alta	

Medicació activa

Idi	Medicament	Procedi Actiu	Posologia	Durada
01/02/2013	ATROALDO 20MG/PULSACION 10ML/SOLUC INHALACION EN ENVASE A PRESION	IPRATROPI BROMUR	2 x 6 h.	Indefinida
01/02/2013	BEGLAN ACCUHALER 50MG POLVO INHALACION 1 ACCUH + 1 TIRA 60 ALVEOLS	SALMETEROL HIDROXINAFTOAT	1 x 12 h.	Indefinida
20/03/2013	IBUPROFENO ALDO-UNION 100MG/OML 200ML SUSP ORA EFG	IBUPROFEN	1 x 24 h.	Indefinida
11/03/2013	SINTROM UNO GEDDY 1MG 60 COMPRIMIDOS	ACENOCUMAROL	20 x 1 s.	Indefinida
01/02/2013	TERBASMN TURBUHALER 0.5 MG/DOOS 200 DOOS POLV INH	TERBUTALINA	1 x 24 h.	Indefinida
07/02/2013	BISOLFUS 10MG/5ML 250ML SOLUCION	CODEINA CLORHIDRAT	1 x 24 h.	250 dies

Al·lèrgies

PS	Descripció	Qualificador	Reacció	Agent	Comentari
Z86.3	AL·LÈRGIES ANTIBIÒTICIS		Lieu		
Z86.0	LA FENICOLINA		Lieu		
Z86.7	SÈRUM O VACUNA		Important	vacunes	proves Esther 9/0

Directrius al crisi o descompensació
Proves directius

Pla de decisions anticipades
Proves PCA

Atenció al pacient

- Servei inaccessibilitat? Sí No

- Alta per gestor de casos? Sí No

- Vu en residència? Sí No

- Alta per PADES? Sí No

- Alta per ATDCM? Sí No

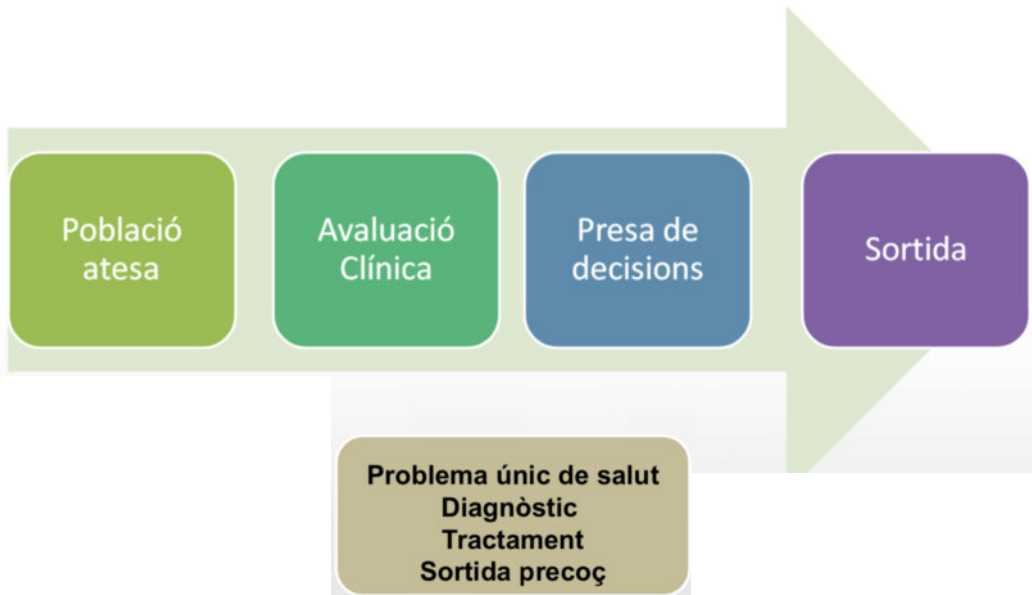
- Vu id? Sí No

Tabla 1
Herramienta propuesta para la adecuación de la intensidad terapéutica

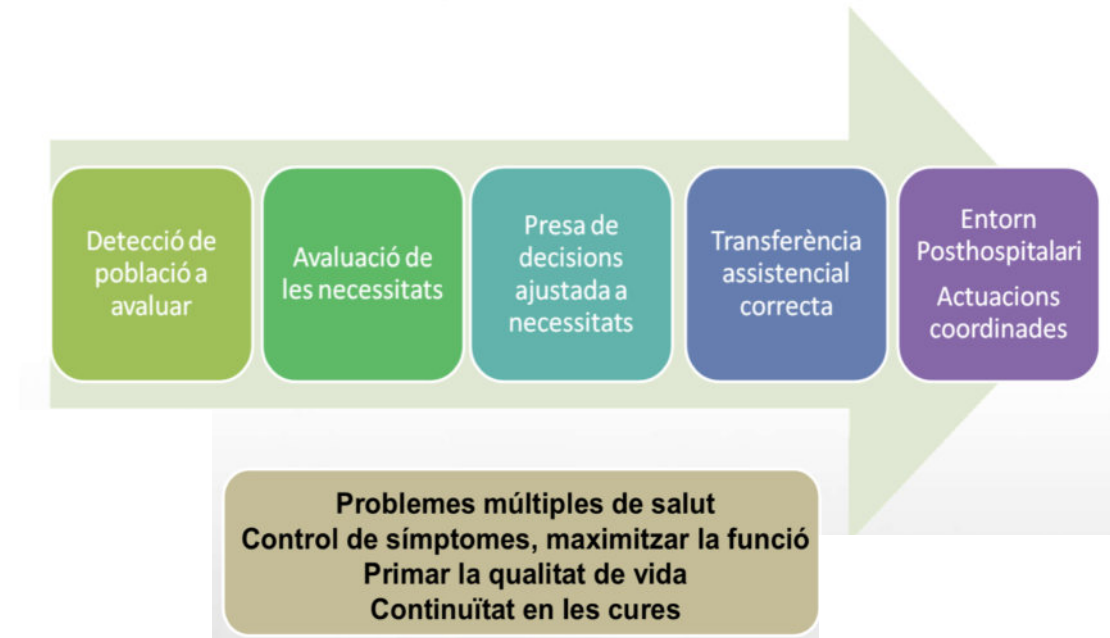
	Perfil I	Perfil II	Perfil III	Perfil IV	Perfil V
Candidato a trasplante					
SVA y ventilación mecánica invasiva					
Iniciar depuración extrarrenal					
Fármacos vasopresores (1)					
Ventilación mecánica no invasiva					
Ingreso medicina intensiva					
Pruebas invasivas (2)					
Canalización vías centrales					
Posibilidad de traslado a unidad de agudos (3)					
Alimentación Parenteral					
Transfusiones / Medicación ev					
Pruebas no invasivas (4)					
Alimentación oral / enteral					
Transfusiones sintomáticas					
Tratamiento médico oral/sc/inhalador.					
Cuidados de confort/síntomas					

Reto 3 - Mejorar Atención al mayor complejo en Urgencias (IV)

Atenció Urgent "Clàssica"



Atenció Urgent en Pacients Fràgils



Imágenes correspondientes a diapositivas de Mireia Puig Campmany
- Servicio Urgencias Hosp. San Pablo y Santa Cruz.

III JORNADA SOCIOSANITÀRIA Propostes disruptives per a l'evolució del
model d'atenció sociosanitària



SOCIETAT CATALANA DE
GERIATRIA I GERONTOLOGIA



Societat Catalana de
Medicina d'Urgències i Emergències

Reto 3 - Mejorar Atención al mayor complejo en Urgencias (V)



European Geriatric Medicine
<https://doi.org/10.1007/s41999-018-0151-2>

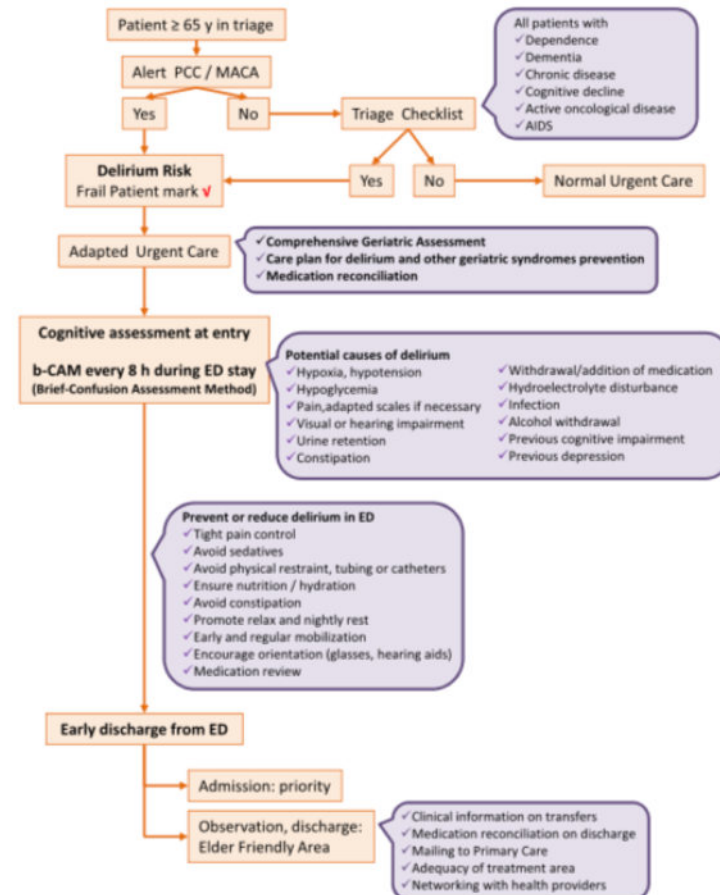
SPECIAL ARTICLE



Development of a comprehensive, multidisciplinary program of care for frailty in an emergency department

Mireia Puig Campmany^{1,2,3} · Josep Ris Romeu^{1,3,4} · Marta Blázquez Andión^{1,2,3} · Salvador Benito Vales^{1,2,3}

Emergency Department Program of Care for Frailty (ED_PCF)



Reto 4 - Incrementar capacidad resolutive hospitalaria a domicilio

Systematic reviews

A meta-analysis of “hospital in the home”

2 Effects of hospital in the home (HITH) on mortality

	HITH		Hospital		Weight	Odds ratio, Peto, fixed effect (95% CI)
	Events	Total	Events	Total		
Medical						
Aimonino Ricauda 2008 ⁵⁵	9	52	12	52	2.7%	0.70 (0.27–1.83)
Aujesky 2011 ³²	1	171	1	168	0.3%	0.98 (0.06–15.83)
Caplan 1999 ³⁶	6	51	7	49	1.8%	0.80 (0.25–2.57)
Carratalà 2005 ⁴⁷	1	102	0	101	0.2%	3.00 (0.12–74.52)
Cotton 2000 ⁵⁰	1	41	2	40	0.4%	0.47 (0.04–5.46)
Davies 2000 ⁴⁵	9	100	4	50	1.7%	1.14 (0.33–3.89)
Diaz Lobato 2005 ⁵⁴	0	20	1	20	0.2%	0.32 (0.01–8.26)
Hernandez 2003 ⁵³	5	121	7	101	1.8%	0.58 (0.18–1.88)
Hill 1978 ²²	17	132	14	132	4.4%	1.25 (0.59–2.64)
Koopman 1996 ²⁶	14	202	16	198	4.5%	0.85 (0.40–1.79)
Levine 1996 ²⁵	11	247	17	253	4.1%	0.65 (0.3–1.41)
Mather 1976 ²¹	44	226	58	224	12.7%	0.69 (0.44–1.08)
Melin 1992 ³⁴	40	150	26	99	7.6%	1.02 (0.57–1.82)
Mendoza 2009 ²⁹	2	37	3	34	0.7%	0.59 (0.09–3.77)
Ojoo 2002 ⁵²	1	30	3	30	0.5%	0.31 (0.03–3.17)
Otero 2010 ³¹	3	72	5	60	1.2%	0.48 (0.11–2.09)
Patel 2008 ²⁸	2	13	2	18	0.6%	1.45 (0.18–11.94)
Richards 1998 ²⁷	12	160	6	81	2.4%	1.01 (0.37–2.81)
Shepperd 1998 ^{71*}	3	15	3	17	0.8%	1.17 (0.2–6.89)
Skwarska 2000 ⁵¹	4	122	6	62	1.5%	0.32 (0.09–1.17)
Tibaldi 2004 ³⁷	24	56	26	53	4.4%	0.78 (0.37–1.66)
Tibaldi 2009 ³⁰	7	48	8	53	2.1%	0.96 (0.32–2.88)
Wilson 1999 ²³	26	101	30	96	6.5%	0.76 (0.41–1.42)
Total	242	2269	257	1991	63.1%	0.79 (0.65–0.97)

Test for heterogeneity: $\chi^2 = 8.54$; $df = 22$; $P > 0.99$; $I^2 = 0$
 Test for overall effect: $Z = 2.28$; $P = 0.02$

DELIVERY INNOVATIONS

By Lesley Cryer, Scott B. Shannon, Melanie Van Amsterdam, and Bruce Leff

INNOVATION PROFILE

Costs For ‘Hospital At Home’ Patients Were 19 Percent Lower, With Equal Or Better Outcomes Compared To Similar Inpatients

HEALTH AFFAIRS 31,
 NO. 6 (2012): 1237–1243
 ©2012 Project HOPE—
 The People-to-People Health
 Foundation, Inc.

Conclusion: HITH is associated with reductions in mortality, readmission rates and cost, and increases in patient and carer satisfaction, but no change in carer burden.

Reto 4 - Incrementar capacidad resolutive hospitalaria a domicilio (II)



Hospital-at-home integrated care programme for older patients with orthopaedic conditions: Early community reintegration maximising physical function



Hernández, C. et al. Implementation of Home Hospitalization and Early Discharge as an Integrated Care Service: A Ten Years Pragmatic Assessment. *International Journal of Integrated Care*, 2018; 18(2): 12, 1-11. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.3431>

RESEARCH AND THEORY

Implementation of Home Hospitalization and Early Discharge as an Integrated Care Service: A Ten Years Pragmatic Assessment

Carme Hernández*, Jesus Aibar[†], Nuria Seijas[†], Imma Puig^{†,‡}, Albert Alonso*, Judith Garcia-Aymerich[§] and Josep Roca*

Age and Ageing 2017; **0**: 1-7
doi: 10.1093/ageing/afx099

© 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

Hospital-at-home Integrated Care Programme for the management of disabling health crises in older patients: comparison with bed-based Intermediate Care

Miquel À. Mas^{1,2}, Marco Inzitari^{2,3}, Sergi Sabatè⁴, Sebastià J. Santaeugènia⁵, Ramon Miralles^{2,6}

REVISIÓN

Hospitalización domiciliaria en el paciente anciano: revisión de la evidencia y oportunidades de la geriatría[☆]

Miquel Àngel Mas^{a,b,*} y Sebastià Santaeugènia^{a,b}

Rev Esp Geriatr Gerontol.

Vol. 50. Núm. 01. Enero 2015 - Febrero 2015

Hospital-at-home Integrated Care Program for Older Patients With Orthopedic Processes: An Efficient Alternative to Usual Hospital-Based Care
JAMDA 2017

Conxita Closa MD^a, Miquel À. Mas MD^{b,c,*}, Sebastià J. Santaeugènia MD, PhD^d, Marco Inzitari MD, PhD^{c,e}, Aida Ribera PhD^{f,g}, Miquel Gallofré MD, PhD^g

Original Study

Effectiveness of a Hospital-at-Home Integrated Care Program as Alternative Resource for Medical Crises Care in Older Adults With Complex Chronic Conditions
JAMDA 19 (2018) 860-863

Miquel À. Mas MD^{a,b,c,*}, Sebastià J. Santaeugènia MD, PhD^d, Francisco J. Tarazona-Santabalbina MD, PhD^{e,f}, Sara Gámez RN^a, Marco Inzitari MD, PhD^{b,g}

Reto 4 - Incrementar capacidad resolutive hospitalaria a domicilio (III)

- Apuesta Consejería Salud para implementar y desarrollar más equipos de HAD
- Desarrollar modelo más adaptado a las personas mayores
- Implicación de geriatras en nuevos equipos
- Visión territorial, supraproveïdor, integrada
- Definir cartera clara y unificada
- Definir isócronas y masa crítica necesaria para objetivar donde y porque es necesario tener HAD



Reto 5 - Estancias inapropiadas e Interconsultas

Análisis de la actividad de interconsulta realizada por los servicios de medicina interna. Estudio REINA-SEMI: Registro de Interconsultas y Asistencia Compartida de la Sociedad Española de Medicina Interna



Tabla 1 Servicios solicitantes de IC a los servicios de MI

	n (%)
<i>Servicios quirúrgicos</i>	
Traumatología	377 (32,5)
Cirugía general	199 (17,4)
Urología	93 (8,2)
Cirugía vascular	73 (6,2)
Neurocirugía	53 (4,6)
Cirugía cardiovascular	38 (3,3)
Ginecología y obstetricia	34 (3)
Otros servicios quirúrgicos	65 (5,7)
<i>Servicios médicos</i>	
Psiquiatría	69 (6)
Cardiología	38 (3,3)
Neurología	30 (2,6)
Oncología	21 (1,8)
Digestivo	20 (1,8)
Neumología	16 (1,4)
Otros servicios médicos	23 (2)



Reto 5 - Estancias inapropiadas y Interconsultas (II)

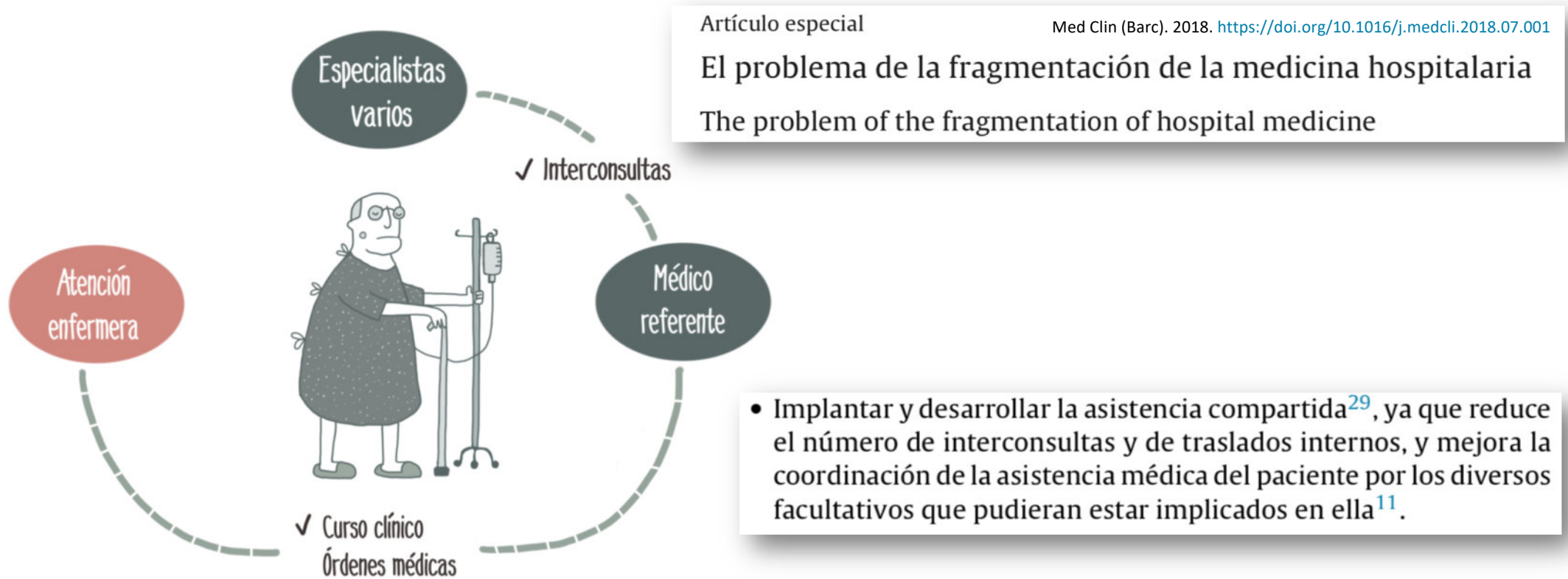


Imagen de J. Varela. 5 intensidades de provisión para 1 sanidad más Valiosa

Reto 6 - El hospital y la atención a las personas - ¿cambiamos?

1960



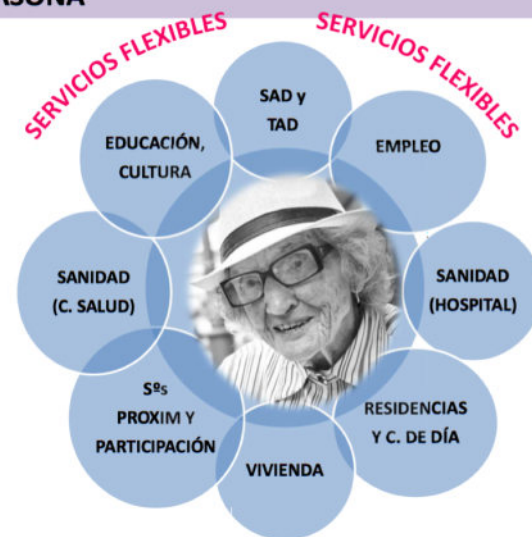
2015



Eje Servicios: las personas deben adaptarse a los servicios

SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL Y NIVELES FUNCIONALES	DIVERSIDAD COMPETENCIAL Y VÍAS DE ACCESO A PRESTACIONES	CARACTERÍSTICAS QUE IMPACTAN EN LAS PERSONAS DESTINATARIAS
Servicios Sociales - Primaria - Especializados LAPAD	Ayuntamientos, Diputaciones, CC.AA., Estado	Burocracia Fragmentación Descoordinación Duplicidades Efecto Mateo*
Sanidad - Primaria (EAP) - Especializada - Hospital Regulación general	Áreas sanitarias CC.AA. Estado	Descoordinación Fragmentación Duplicidades
Educación, Empleo, Participación, Cultura	Estado CC.AA. Ayuntamientos	Inadecuación, Incumplimiento, Vigencia estereotipos Efecto Mateo*
Urbanismo, Transporte, Vivienda, Productos de apoyo TIC	Estado, CC.AA. Ayuntamientos, Diputaciones	Incumplimiento normativo, falta de adecuación, duplicidades, burocracia Efecto Mateo*

EJE: PERSONA



Reto 6 – Hacia un nuevo modelo de atención en el Hospital

Hospitales: 10 reformas estructurales necesarias

EDITORIAL

JORDI VARELA



- **Industrializar los procesos protocolizables** (1/3 de la casuística)
- Introducir las **sesiones clínicas de coordinación y los planes individualizados como metodología de trabajo** en las plantas de hospitalización (2/3 de la casuística)
- Reorientar la organización hacia la **fragilidad geriátrica y deconstruir la atención a los pacientes crónicos**
- Replantear las **competencias entre especialistas y generalistas**
- Aumentar la formación, la calidad organizativa y las competencias enfermeras; y generar magnetismo

Reto 6 – Hacia un nuevo modelo de atención en el Hospital (II)

Nuevos modelos asistenciales en medicina interna:
respondiendo a la necesidad de una atención integral
a los pacientes

Rev Clin Esp. 2016;216(1):22–25

Tabla 1 Diferencias entre las interconsultas y la asistencia compartida

Interconsultas	Asistencia compartida
• A demanda	• A todos los pacientes del servicio
• Circunscrita al motivo de consulta	• Atención integral-global
• Mala comunicación entre médicos	• Comunicación fluida entre médicos
• Problemas de coordinación	• Buena coordinación
• Se deben ofrecer recomendaciones	• Se toman y ejecutan decisiones
• Responsabilidad muy limitada	• Responsabilidad compartida

ARTÍCULO ESPECIAL

Rev Clin Esp. 2016;216(1):27–33

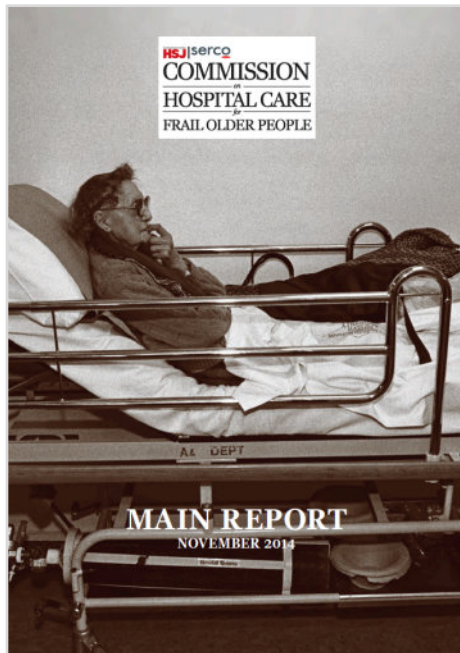
Asistencia compartida (*comanagement*)



E. Montero Ruiz y por el Grupo de Trabajo de Asistencia Compartida e Interconsultas de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

Medicina Interna es la especialidad más adecuada para la asistencia compartida. El internista que la ejerza ha de tener unas características determinadas y debe superar una serie de temores del cirujano y del anestesista.

Reto 6 – Hacia un nuevo modelo de atención en el Hospital (III)



RESPONSE: RCP LONDON FUTURE HOSPITAL IDENTIFYING KEY CHALLENGES

- ✓ Organising services so that frail older patients who require admission **receive a comprehensive geriatric assessment** early in their admission pathway – ideally in a dedicated frailty assessment unit

Reto 6 – Hacia un nuevo modelo de atención en el Hospital (IV)

Rev Esp Geriatr Gerontol. 2018;53(4):217-222

BMJ Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis

Juan J Baztán, Francisco M Suárez-García, Jesús López-Arrieta, Leocadio Rodríguez-Mañás and Fernando Rodríguez-Artalejo

BMJ 2009;338:b50
doi:10.1136/bmj.b50

WHAT IS ALREADY KNOWN ON THIS TOPIC

The effect of geriatric assessment has been evaluated in hospital and community settings

In older people admitted to hospital with acute disorders, the intervention of consultation teams has not shown clinical or administrative benefits

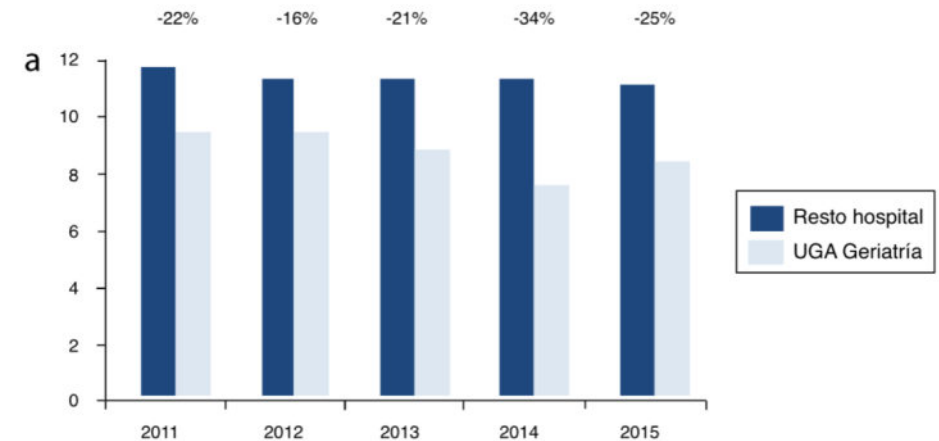
WHAT THIS STUDY ADDS

Care of older people with acute disorders in acute geriatric units reduces the risk of functional decline at discharge and increases the probability of returning home

This benefit is not accompanied by an increase in case fatality, readmissions, or hospital costs

Eficiencia de las unidades de agudos de geriatría frente al resto de servicios hospitalarios. Análisis de la casuística de 5 años ajustada por GRD

Juan Ignacio González-Montalvo^{a,b,*}, Coro Mauleón Ladrero^a, Rocío Menéndez-Colino^{a,b}, Sara Hernández-Gutiérrez^c, Raquel Ramírez-Martín^{a,b}, Macarena Díaz-de Bustamante^{a,b}, Francisco Sanz Segovia^a, Francisco Robles Agudo^a y Teresa Alarcón Alarcón^{a,b}



Conclusiones: Las UGA son un 25% más eficientes que el resto de servicios en el ingreso de pacientes mayores de 75 años.

Reto 6 – Hacia un nuevo modelo de atención en el Hospital (V)

lunes, 26 de marzo de 2018

Unidades de Geriátrica de Agudos (UGA):
la fuerza de la evidencia

EDITORIAL

JORDI VARELA



Intrigado por esta afirmación, pedí al grupo "Geriátrica Basada en la Evidencia" si tenían datos (evidentemente no oficiales) sobre las UGA en España y la respuesta que obtuve fue que tienen detectadas 38, lo que representa que solo un 11% de los hospitales públicos han desarrollado este recurso, con una distribución territorial muy desigual, ya que Catalunya y Madrid aportan 24 de ellas, por lo que se deduce fácilmente que hay muchas comunidades autónomas que aún no han adquirido este producto tan beneficioso para las personas mayores cuando tienen que ingresar.

Volviendo a las palabras de Cumbler, si las UGA fueran un nuevo fármaco costosísimo veríamos debates parlamentarios y portadas de periódicos exigiendo su compra, pero el asunto es quizás demasiado sencillo: se trata sólo de juntar equipos con vocación y capacitación y poner a su alcance recursos y confianza. La evidencia dice que, a pesar del silencio mediático, no hacerlo es una grave irresponsabilidad.

COMPREHENSIVE
GERIATRIC ASSESSMENT

NNT = 17

For every 17 older adults that undergo
CGA, death or significant deterioration is
prevented for one person.

Reto 6 – Hacia un nuevo modelo de atención en el Hospital (VI)

Orthogeriatric services associated with lower 30-day mortality for older patients who undergo surgery for hip fracture

Optimal setting and care organization in the management of older adults with hip fracture

A. GIUSTI ¹, A. BARONE ^{1,2}, M. RAZZANO ², M. PIZZONIA ², G. PIOLI ³

Development and delivery of patient treatment in the Trondheim Hip Fracture Trial. A new geriatric in-hospital pathway for elderly patients with hip fracture

EUR J PHYS REHABIL MED 2011;47:281-96

Saltvedt et al. *BMC Research Notes* 2012, **5**:355
<http://www.biomedcentral.com/1756-0500/5/355>

Proactive care of older people undergoing surgery ('POPS'): Designing, embedding, evaluating and funding a comprehensive geriatric assessment service for older elective surgical patients

Review

The Orthogeriatrics Model of Care: Systematic Review of Predictors of Institutionalization and Mortality in Post-Hip Fracture Patients and Evidence for Interventions

JAMDA 13 (2012) 770-777

The development of a comprehensive multidisciplinary care pathway for patients with a hip fracture: design and results of a clinical trial

Flikweert et al. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2014, **15**:188
<http://www.biomedcentral.com/1471-2474/15/188>

Reto 6 – Hacia un nuevo modelo de atención en el Hospital (VII)

Association of orthogeriatric services with long-term mortality in patients with hip fracture

European Geriatric Medicine
<https://doi.org/10.1007/s41999-018-0028-4>

Maria-Jesús Pueyo-Sánchez^{1,2} · M. Larrosa^{1,3} · X. Surís^{1,4,5} · P. Sánchez-Ferrín⁶ · I. Bullich-Marin⁶ · E. Frigola-Capell^{1,8} · Vicente Ortún⁷

Table 1 Characteristics of patients according to the type of hip fracture care model and the vital status on December, 2015

	Non-orthogeriatric model	Orthogeriatric model	<i>p</i>	Total	
<i>N</i> (%)	5635 (61.2%)	3580 (38.8%)			
Women (%)	75.8	75.8			
Age [mean (SD ^a)]	84.1 (SD 6.4)	84.1 (SD 6.4)			
Trochanteric fracture (%)	57.8	57.8	< 0.001	57.8	0.003
Charlson comorbidity index	12.1	25.9	< 0.001	12.1	< 0.001
Discharge to nursing homes (%)	20.1	33.3	< 0.001	20.1	< 0.001
Length of stay (days) [mean (SD ^a)]	9.8	14.1	0.092	9.8	< 0.001
Antiosteoporotic treatment (%)	7.8	14.9	< 0.001	7.8	< 0.001
Chronic obstructive pulmonary disease (%)	6.9	7.1	0.725	6.1	< 0.001
Myocardial infarction (%)	0.2	0.2	0.857	0.1	< 0.001
Peripheral arteriopathy (%)	1.7	2.0	0.327	1.4	< 0.001
Complicated diabetes mellitus (%)	2.7	3.2	0.166	2.6	0.015
Neoplasm (%)	2.5	3.2	0.057	1.6	< 0.001
Stroke (%)	0.2	0.4	0.050	0.2	0.023
Arthroplasty (%)	35.4	35.7	0.787	36.3	0.058
Discharge to nursing homes (%)	47.1	52.4	< 0.001	45.3	0.003
Length of stay (days) [mean (SD ^a)]	11.6 (SD 7.1)	10.7 (SD 6.4)	< 0.001	NA ^b	NA ^b
Antiosteoporotic treatment (%)	7.1	4.6	< 0.001	7.7	< 0.001
In-hospital mortality (%)	4.1	3.9	0.532	NA ^b	NA ^b
12-month mortality (%)	23.3	22.5	0.377	NA ^b	NA ^b
24-month mortality (%)	33.1	31.6	0.127	NA ^b	NA ^b

^aSD standard deviation

^bNA not applicable

Conclusions Patients admitted in OGM have shorter stays, more discharges to nursing homes, lower prescription of AOT, and better 12- and 24-month survival adjusted by sex, age, and comorbidities compared to non-OGM care.

Volver a los orígenes ... Salir de la crisis...

BMJ 2012;344:e652 doi: 10.1136/bmj.e652 (Published 13 February 2012)

Page 1 of 4

ANALYSIS

Renaissance of hospital generalists

Hospital medicine in the US and acute medicine in the UK are the fastest growing specialties in their countries. **Robert M Wachter** and **Derek Bell** examine the factors behind their rise and how the differing national healthcare systems have influenced their structure

M. Levi / *European Journal of Internal Medicine* xxx (2017) xxx-xxx

Biomedical knowledge



Reflections in Internal Medicine

Generalism in modern subspecializing medicine☆

Marcel Levi*

University College London Hospitals, London, United Kingdom

Department of Vascular Medicine, Academic Medical Center, University of Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands

Is it time for a new kind of hospital physician?

The changing demography requires current models of inpatient care to evolve

R M Temple *acute care fellow*, V Kirithi *clinical fellow to the president*, L J Patterson *clinical vice president*

Royal College of Physicians, London NW1 4LE, UK



Societat Catalanoiblear de Medicina Interna



SOCIETAT CATALANA DE
GERIATRIA I GERONTOLOGIA



Generalitat
de Catalunya

... de Internistas y Geriátras

The Future of Geriatrics

Solomon Papper, MD,† William E. Reece, MD

Arch Intern Med—Vol 144, Nov 1984

SPECIAL ARTICLE

Mainstream or Extinction: Can Defining Who We Are Save Geriatrics?

Mary Tinetti

CONTROVERSIES IN GERIATRICS AND GERONTOLOGY

Geriatricians: The Super Specialists

John E. Morley, MB, BCh

EDITORIAL

La geriatria ante el reto de construir un nuevo relato de futuro

Geriatrics and the challenge of facing our future

Miquel Àngel Mas^{a,*} y Jordi Amblàs-Novellas^{b,c,d}

Geriatric medicine and geriatricians in the UK. How they relate to acute and general internal medicine and what the future might hold?

Authors: David Oliver^A and Eileen Burns^B

Caring for Older Americans: The Future of Geriatric Medicine

American Geriatrics Society Core Writing Group of the Task Force on the Future of Geriatric Medicine

JAGS 53:5245-5256, 2005



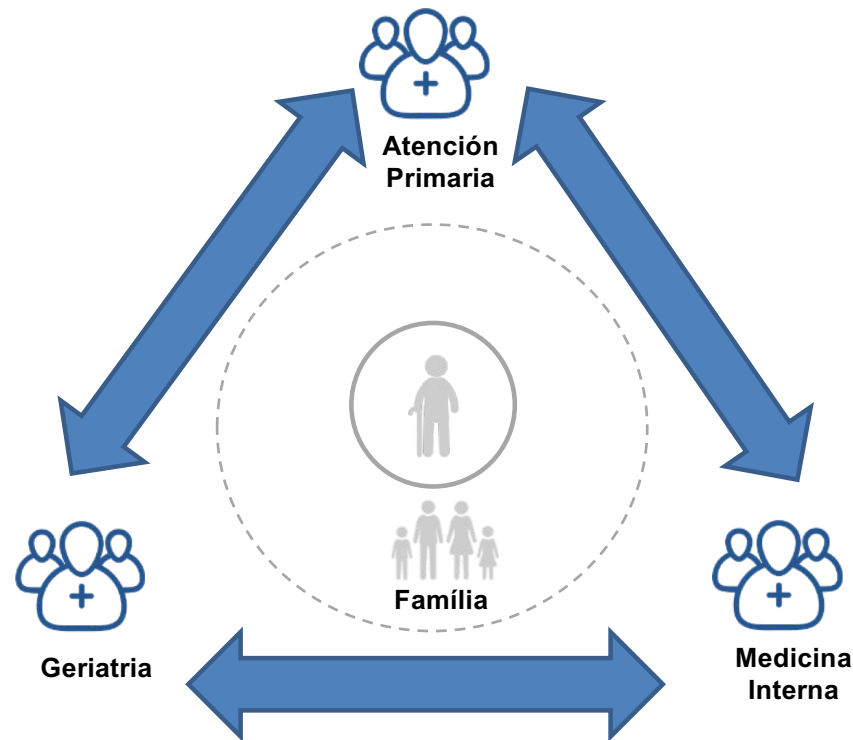
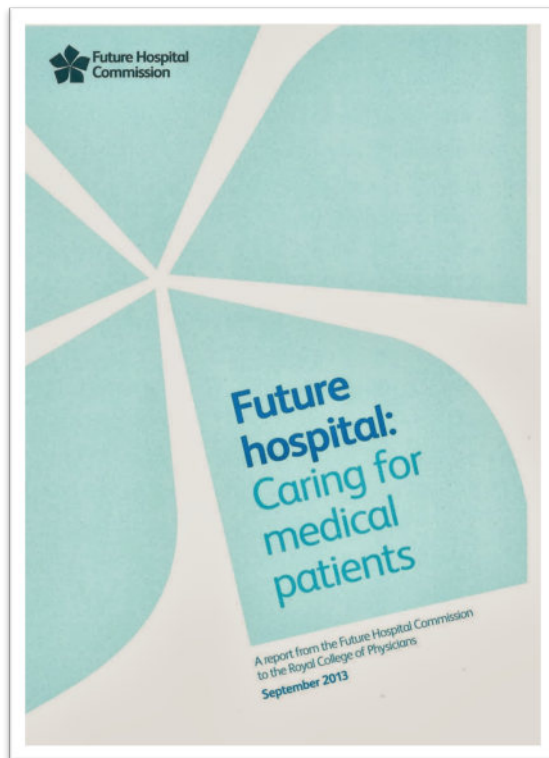
Societat Catalanoblear de Medicina Interna



SOCIETAT CATALANA DE
GERIATRIA I GERONTOLOGIA

Necesario reflexionar que profesionales necesitamos de futuro

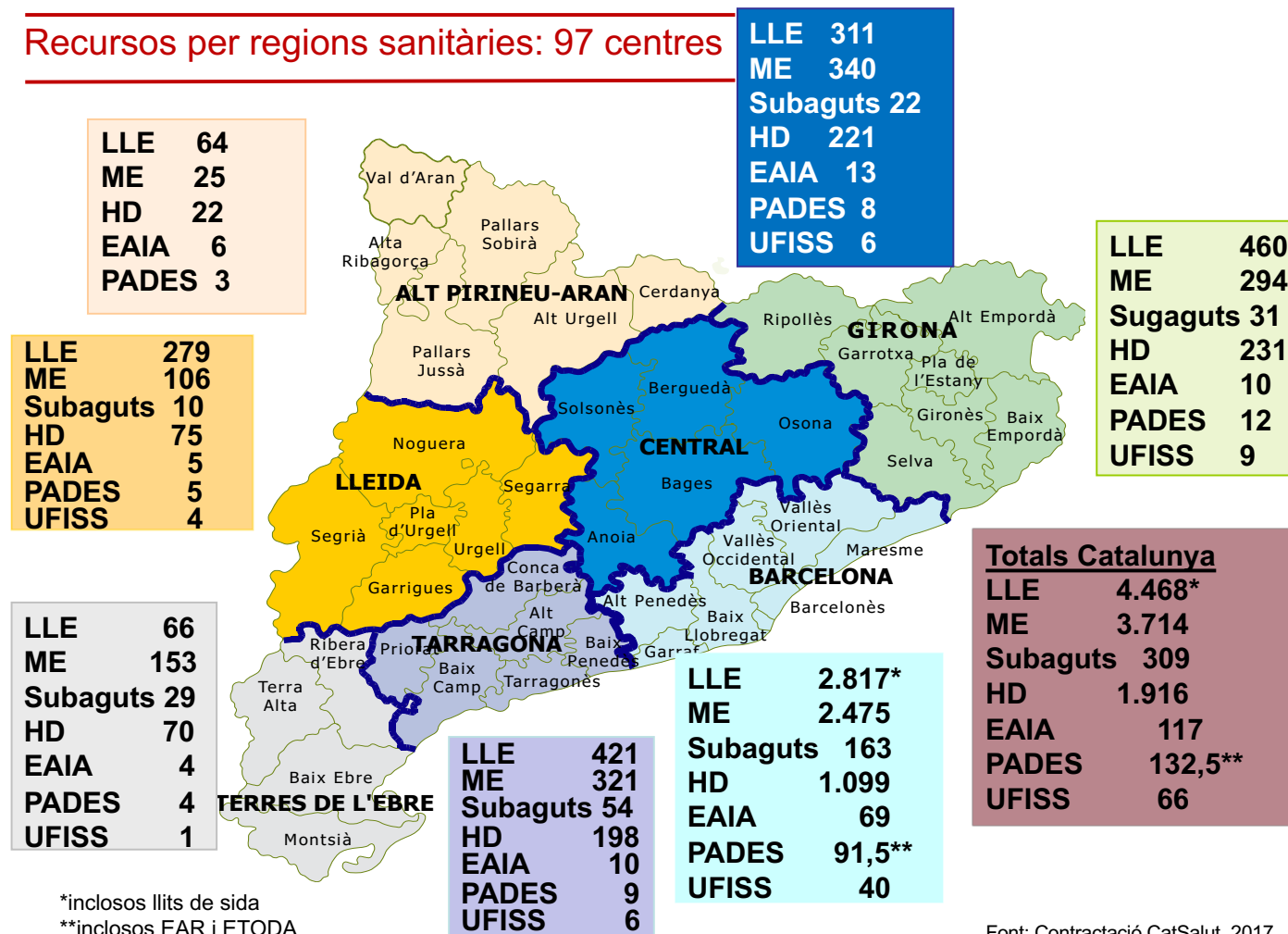
Favorecer el desarrollo del rol del **médico generalista** como garantes de una atención médica con visión global



**Propuesta extensiva
a Enfermería
geriátrica, familiar y
comunitaria y
"hospitalaria"**

Reto 7 - Mejorar el apoyo para Atención Intermedia

Recursos per regions sanitàries: 97 centres



*inclosos llits de sida
**inclosos EAR i ETODA

Ámbito sociosanitario en Cataluña

54% de las camas de media y larga estancia de toda España

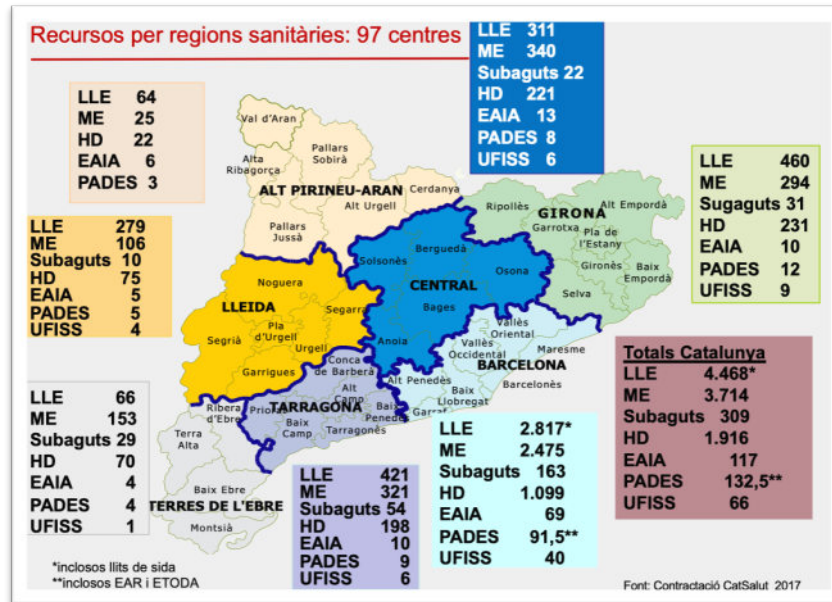
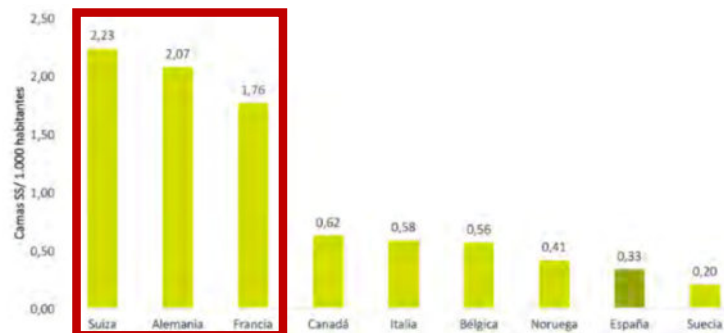


TABLA 9

DOTACIÓN DE CAMAS DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA EN ESPAÑA POR COMUNIDAD AUTÓNOMA (2014)

Comunidad autónoma	Plazas M/L estancia	Plazas por 1.000 hab	Plazas por 1.000 hab >65
Andalucía	176	0,02	0,13
Aragón	359	0,27	1,29
Asturias, Principado de	138	0,13	0,55
Baleares, Illes	377	0,34	2,20
Canarias	885	0,42	2,78
Cantabria	136	0,23	1,14
Castilla y León	491	0,20	0,82
Castilla - La Mancha	175	0,08	0,46
Cataluña	8.206	1,11	6,03
Comunidad Valenciana	915	0,19	1,00
Extremadura	140	0,13	0,65
Galicia	70	0,03	0,11
Madrid, Comunidad de	1.332	0,21	1,23
Murcia, Región de	687	0,47	3,09
Navarra, Comunidad Foral de	192	0,30	1,58
País Vasco	665	0,31	1,44
Rioja, La	188	0,60	2,99
Ceuta	-	-	-
Melilla	-	-	-
Total nacional	15.132	0,33	1,76

Fuente: Catálogo Nacional de Hospitales (2014) y datos de las Direcciones de Asistencia Sanitaria de las CC.AA.



Fuente: OCDE (2013).

Resto 7 - Que ha de ser la atención intermedia

Alternatives “that bridge”... (Carpenter 2002)

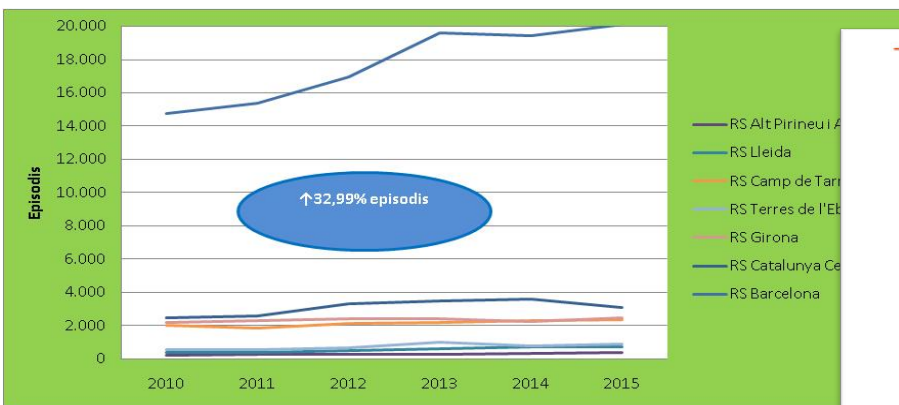


- ❖ Promover la recuperación más rápida de la enfermedad en el mayor
- ❖ Prevenir ingresos hospitalarios de agudos innecesarios y estancias inadecuadas
- ❖ Evitar la institucionalización
- ❖ Promover la autonomía y el retorno a domicilio
- ❖ Ingresos limitados en el tiempo

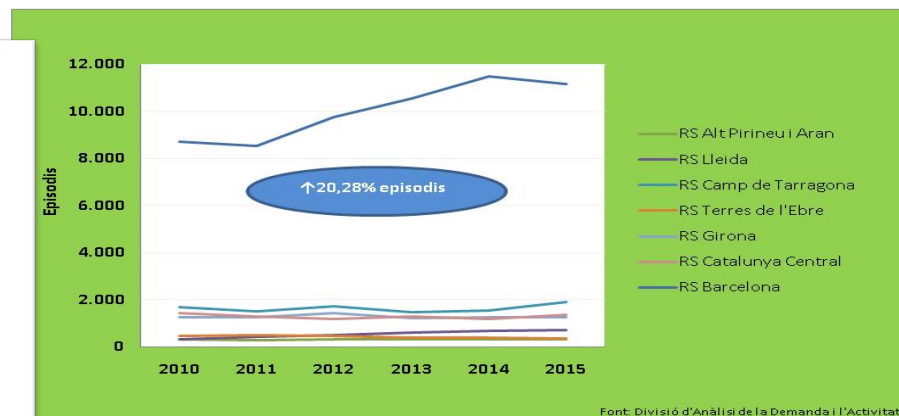
Un **punte** entre Atención Primaria y el Hospital de agudos

Reto 7 – Mejorar el soporte dado por la Atención Intermedia

CONVALECENCIA (-3.5% ESTANCIAS CONTRATADAS)

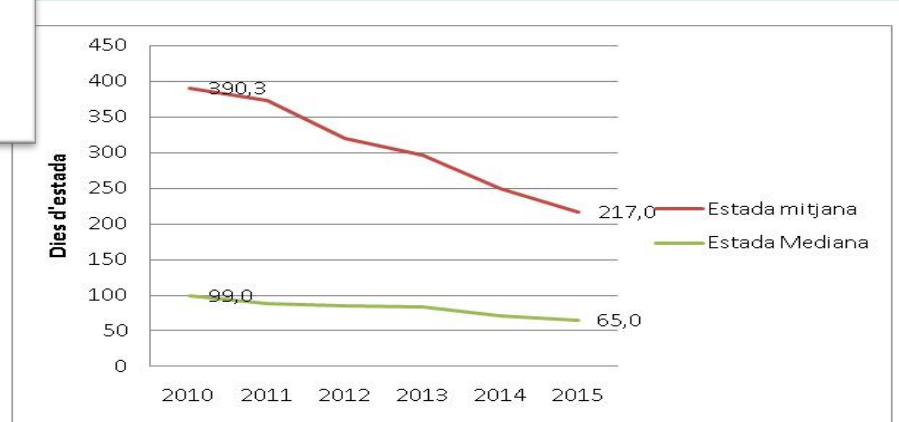
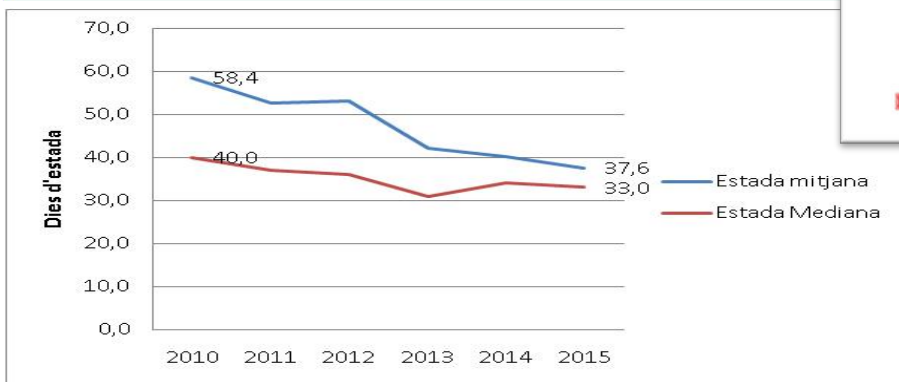


Larga estancia (-21.6% ESTANCIAS CONTRATADAS)



Pla director sociosanitari
Estratègies 2017-2019

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



Reto 8 - ¿Qué profesionales de futuro queremos?



¿Qué hemos formado?

Metges

Mitjana de la OCDE
3,4

Espanya **3,9**

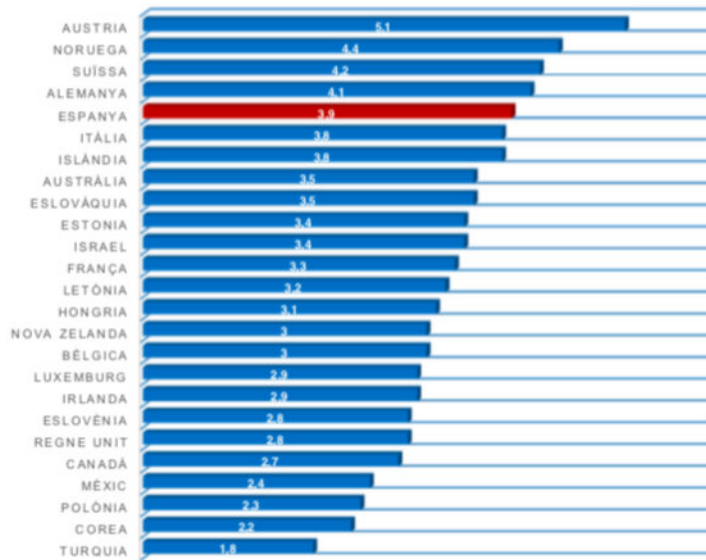
Suècia	4,2
Dinamarca	3,7
EEUU	2,6
Japó	2,4

2014 (2015 no disponible)

Font: OECD (2017), Nurses (indicator). doi: 10.1787/283e64de-en (Accessed on 10 October 2017)

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

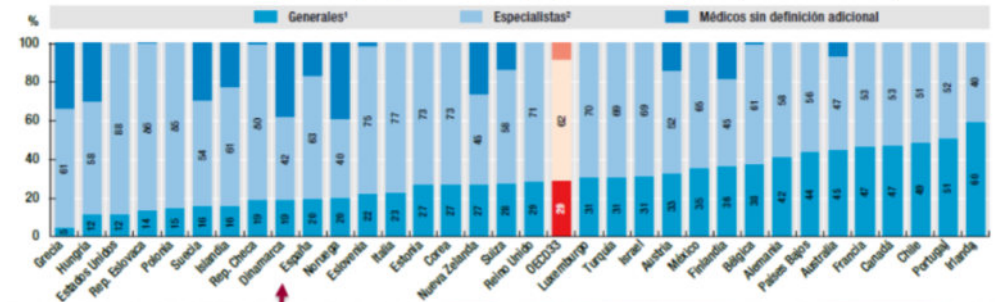
Metges /1.000 habitants OCDE
2015



Metges per àmbit de treball

Proporció primària /especialitzada a la OCDE

5.5. Médicos generales y especialistas como proporción del total, 2013 (o año más cercano)

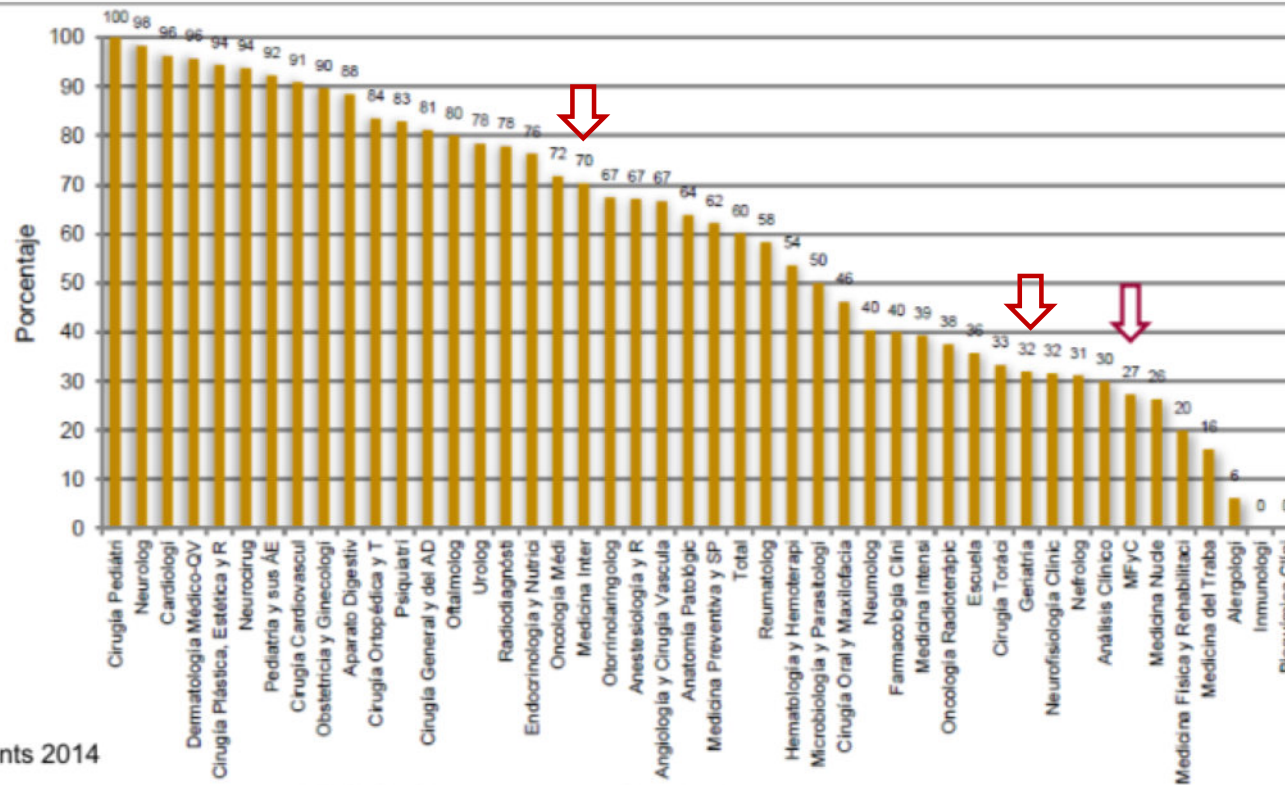


Font: OCDE
Indicadors de salut 2015

S'entén com a metge general el que treballa a primària (MFiC i altres metges sense especialitat)

¿Son atractivas las especialidades generalistas?

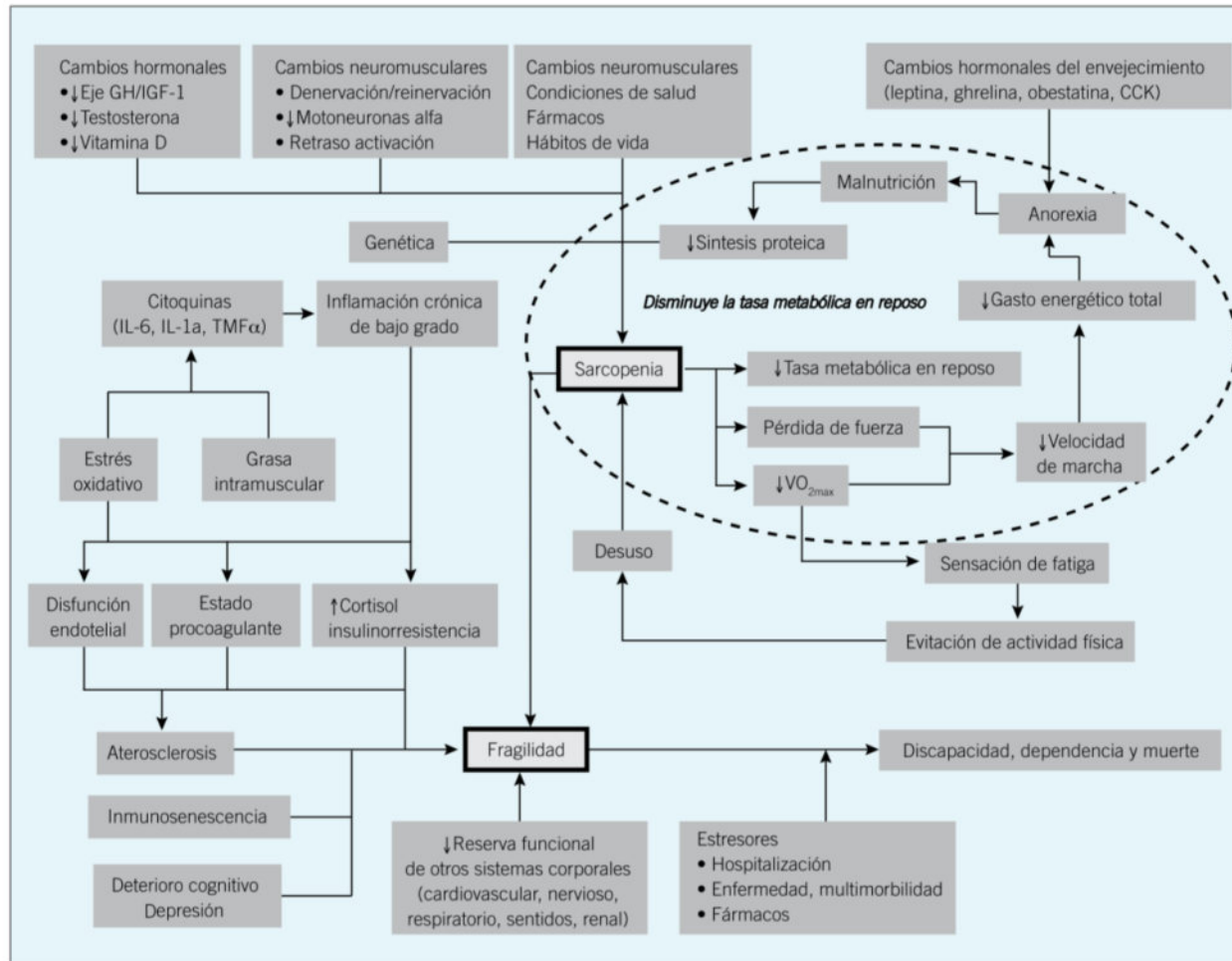
Gráfico 12. Porcentaje de elección de especialidad preferida, según especialidad



Enquesta de l'any 2014. Última disponible

Font: MSSSI Enquesta residents 2014

Fragilidad



W Frailty in elderly people

Andrew Clegg, John Young, Steve Iliffe, Marcel Olde Rikkert, Kenneth Rockwood

Frailty is the most problematic expression of population ageing. It is a state of vulnerability to poor resolution of homeostasis after a stressor event and is a consequence of cumulative decline in many physiological systems during a lifetime. This cumulative decline depletes homeostatic reserves until minor stressor events trigger disproportionate changes in health status. In landmark studies, investigators have developed valid models of frailty and these models have allowed epidemiological investigations that show the association between frailty and adverse health outcomes. We need to develop more efficient methods to detect frailty and measure its severity in routine clinical practice, especially methods that are useful for primary care. Such progress would greatly inform the appropriate selection of elderly people for invasive procedures or drug treatments and would be the basis for a shift in the care of frail elderly people towards more appropriate goal-directed care.

Lancet 2013; 381: 752-62

Published Online

February 8, 2013

[http://dx.doi.org/10.1016/](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62167-9)

[S0140-6736\(12\)62167-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62167-9)

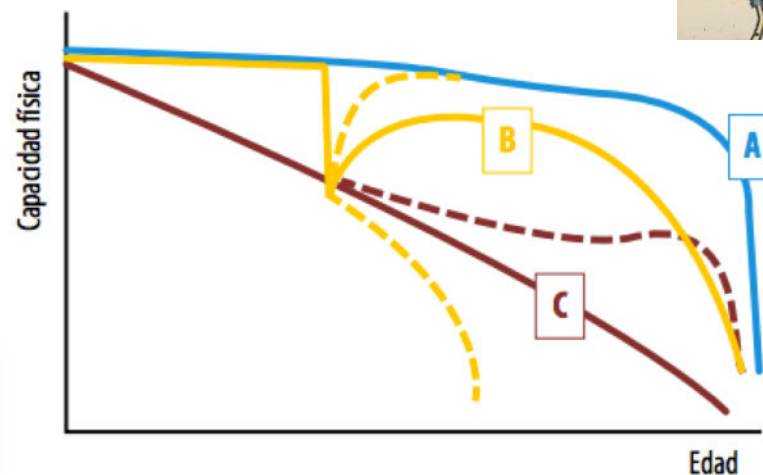
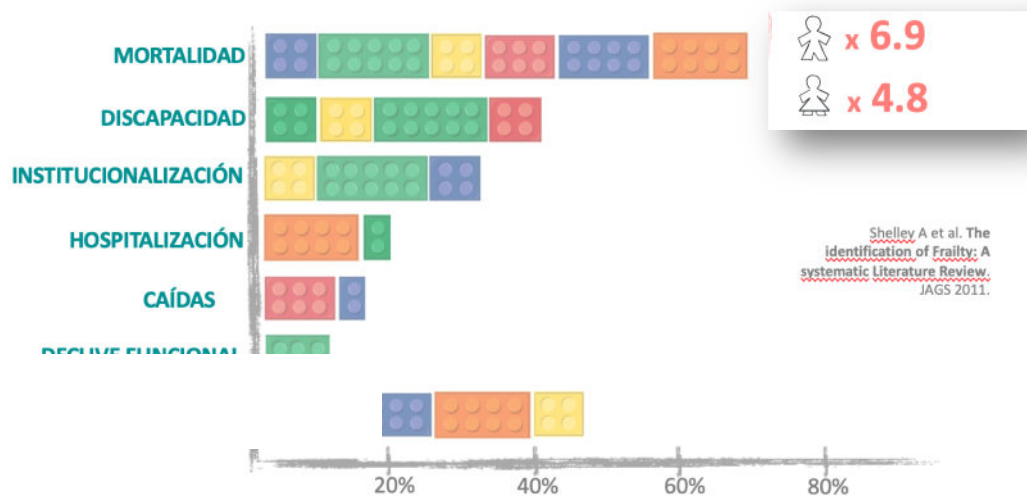
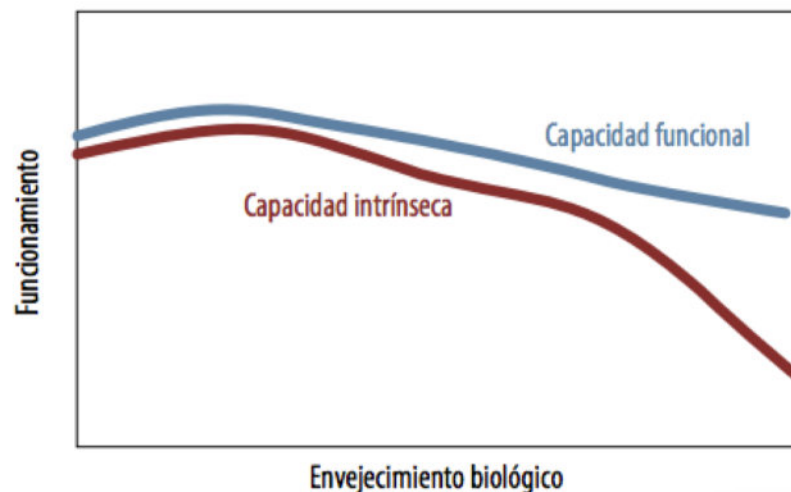
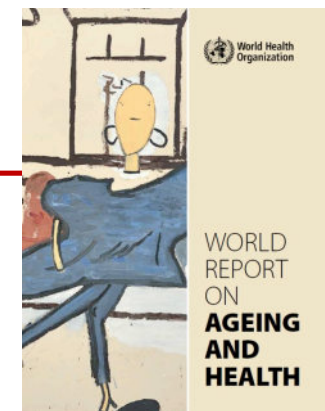
See Online for a video interview
with Andrew Clegg

Introduction

Population ageing is accelerating rapidly worldwide, from 461 million people older than 65 years in 2004 to an estimated 2 billion people by 2050,^{1,2} which has profound implications for the planning and delivery of health and social care. The most problematic expression of population ageing is the clinical condition of frailty

small insult (eg, a new drug, minor infection, or minor surgery) results in a striking and disproportionate change in health state—ie, from independent to dependent, mobile to immobile, postural stability to proneness to falling, or lucid to delirious. The dependency oscillations seen in frail elderly people have been referred to as unstable disability in view of the often notable changes in

Fragilidad y funcionalidad



- A. Trayectoria óptima: la capacidad intrínseca permanece alta hasta el final de la vida.
- B. Trayectoria interrumpida: un acontecimiento provoca disminución de la capacidad, seguida de cierta recuperación.
- C. Trayectoria con deterioro: la capacidad disminuye de forma constante hasta la muerte. Las líneas discontinuas representan trayectorias alternativas.

Fragilidad y objetivos terapéuticos

Período	Capacidad alta y estable	Deterioro de la capacidad	Pérdida considerable de capacidad
Riesgos y desafíos	Conductas de riesgo, enfermedades no transmisibles de reciente aparición	Deterioro de la movilidad, sarcopenia, salud delicada, deterioro cognitivo o demencia, deterioro sensorial	Dificultad para realizar tareas básicas, dolor y sufrimiento causado por enfermedades crónicas avanzadas
Objetivos	<p>Fomentar y mantener la capacidad y resistencia</p> <p>Invertir, detener o moderar la pérdida de capacidad</p> <p>Compensar la pérdida de capacidad</p>		
Respuestas	<p>Reducir los factores de riesgo y fomentar los hábitos saludables</p> <p>Detección temprana y tratamiento de las enfermedades crónicas</p> <p>Fomentar la resiliencia con conductas que mejoran la capacidad mediante el fortalecimiento de las habilidades personales y la creación de relaciones</p>	<p>Implementar programas multidimensional en los entornos de atención primaria de la salud</p> <p>Tratar las causas fundamentales del deterioro de la capacidad</p> <p>Mantener la masa muscular y la densidad ósea con ejercicio y buena nutrición</p>	<p>Intervenciones para recuperar y mantener la capacidad intrínseca</p> <p>Atención y apoyo para compensar las pérdidas en la capacidad y garantizar la dignidad</p> <p>Acceso rápido a atención de cuadros agudos</p> <p>Cuidados paliativos y al final de la vida</p>

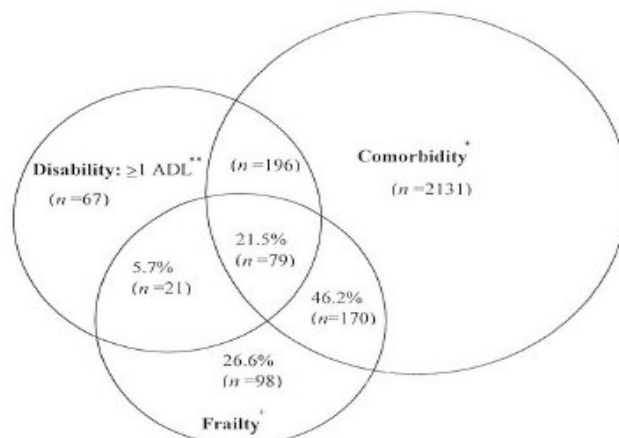
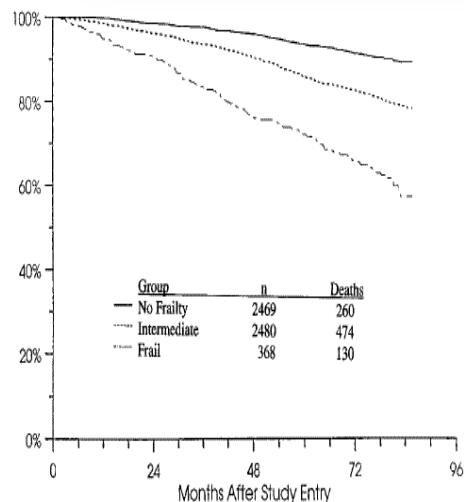
Fragilidad según Fenotipo de Fried

Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES
2001, Vol. 56A, No. 3, M146-M156

Copyright 2001 by The Gerontological Society of America

Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype

Linda P. Fried,¹ Catherine M. Tangen,² Jeremy Walston,¹ Anne B. Newman,³ Calvin Hirsch,⁴
John Gottdiener,⁵ Teresa Seeman,⁶ Russell Tracy,⁷ Willem J. Kop,⁸ Gregory Burke,⁹
and Mary Ann McBurnie² for the Cardiovascular Health Study
Collaborative Research Group



Se considera frágiles a los sujetos que cumplen tres o más criterios, prefrágiles a los que cumplen uno o dos y no frágiles o robustos a los que no cumplen ninguno.

1. Pérdida de peso

Pérdida de peso no intencionada en el último año mayor de 10 libras (4,5 kg) o mayor del 5% del peso previo en el último año.

2. Baja energía y resistencia

Respuesta afirmativa a cualquiera de las dos preguntas de la escala de depresión CES-D: "¿Sentía que todo lo que hacía suponía un esfuerzo en la última semana?" o "¿Sentía que no podía ponerse en marcha la última semana?"

Se considera criterio de fragilidad si a una de ellas se responde: "moderada cantidad de tiempo (3-4 días) o la mayor parte del tiempo".

3. Bajo nivel de actividad física

Kilocalorías gastadas por semana usando el *Minnesota Leisure Time Activity Questionnaire* (MLTAQ), estratificado por género.

Se considera fragilidad cuando se encuentra en el quintil inferior:

Hombres < 383 kcal/semana

Mujeres < 270 kcal/semana

4. Velocidad de la marcha

Tiempo que se tarda en andar 15 pasos (4,6 m), estratificado por altura y género.

Se considera criterio de fragilidad cuando los sujetos están en el quintil inferior:

Hombres: altura ≤ 173 cm ≥ 7 segundos/altura > 173 cm ≥ 6 segundos

Mujeres: altura ≤ 159 cm ≥ 7 segundos/altura > 159 cm ≥ 6 segundos

5. Fuerza prensora

Medida en kilogramos y estratificada por género e índice de masa corporal.

Se considera criterio de fragilidad cuando los sujetos están en el quintil inferior:

Hombres:

IMC ≤ 24

IMC 24,1-26

IMC 26,1-28

IMC > 28

≤ 29

≤ 30

≤ 30

≤ 32

Mujeres:

IMC ≤ 23

IMC 23,1-26

IMC 26,1-29

IMC > 29

≤ 17

$\leq 17,3$

≤ 18

≤ 21

Fragilidad versión acúmulo de déficits – Kenneth Rockwood

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.

* 1. Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008.

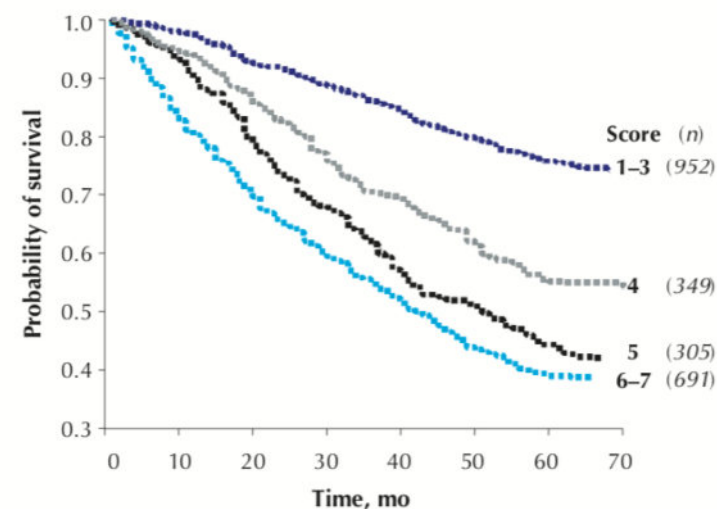
2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.

© 2007-2009. Version 1.2. All rights reserved. Geriatric Medicine Research, Dalhousie University, Halifax, Canada. Permission granted to copy for research and educational purposes only.

A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people

Kenneth Rockwood, Xiaowei Song, Chris MacKnight, Howard Bergman, David B. Hogan, Ian McDowell, Arnold Mitnitski

CMAJ 2005;173(5):489-95

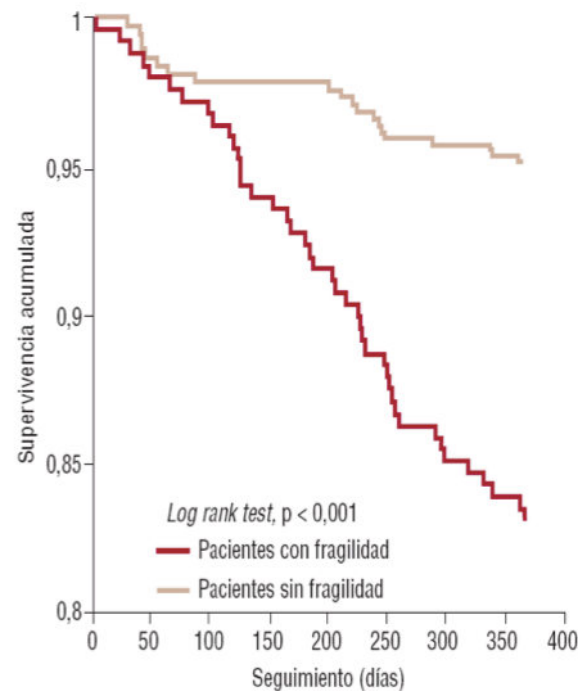


Fragilidad Implicaciones

Implicación pronóstica de la fragilidad y los síntomas depresivos en una población ambulatoria con insuficiencia cardiaca

Josep Lupón, Beatriz González, Sebastián Santaeugenia, Salvador Altimir, Agustín Urrutia, Dolores Más, Crisanto Díez, Teresa Pascual, Lucía Cano y Vicente Valle

Rev Esp Cardiol. 2008;61(8):835-42



Family Practice
an international journal

Effectiveness of a geriatric intervention in primary care: a randomized clinical trial

Rosa Monteserin*, Carlos Brotons^a, Irene Moral^a, Salvador Altimir^c, Antonio San José^{b,d}, Sebastián Santaeugenia^c, Jaume Sellarès^a and Jaume Padrós^e

Family Practice 2010; 27:239–245

“La intervención específica geriátrica a nivel de atención primaria en pacientes mayores de 74 años de edad frágiles **se asocia a disminución de morbimortalidad** (14% a los 12%), y revierte a pacientes a su estado de no fragilidad (14%)”

Necesidad de Consenso!

JAMDA 14 (2013) 392–397



ELSEVIER

JAMDA

journal homepage: www.jamda.com



Special Article

Frailty Consensus: A Call to Action

John E. Morley MB, BCh^{a,*}, Bruno Vellas MD^{b,c}, G. Abellan van Kan MD^{b,c}, Stefan D. Anker MD, PhD^{d,e}, Juergen M. Bauer MD, PhD^f, Roberto Bernabei MD^g, Matteo Cesari MD, PhD^{b,c}, W.C. Chumlea PhD^h, Wolfram Doehner MD, PhD^{d,i}, Jonathan Evans MD^j, Linda P. Fried MD, MPH^k, Jack M. Guralnik MD, PhD^l, Paul R. Katz MD, CMD^m, Theodore K. Malmstrom PhD^{a,n}, Roger J. McCarter PhD^o, Luis M. Gutierrez Robledo MD, PhD^p, Ken Rockwood MD^q, Stephan von Haehling MD, PhD^r, Maurits F. Vandewoude MD, PhD^s, Jeremy Walston MD^t

Un principio.... 25 años después

Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES
Cite journal as: *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2013 January;68(1):62-67
doi:10.1093/gerona/gjs119

© The Author 2012. Published by Oxford University Press on behalf of The Gerontological Society of America.
All rights reserved. For permissions, please e-mail: journals.permissions@oup.com.
Advance Access publication April 16, 2012

Searching for an Operational Definition of Frailty: A Delphi Method Based Consensus Statement. The Frailty Operative Definition-Consensus Conference Project

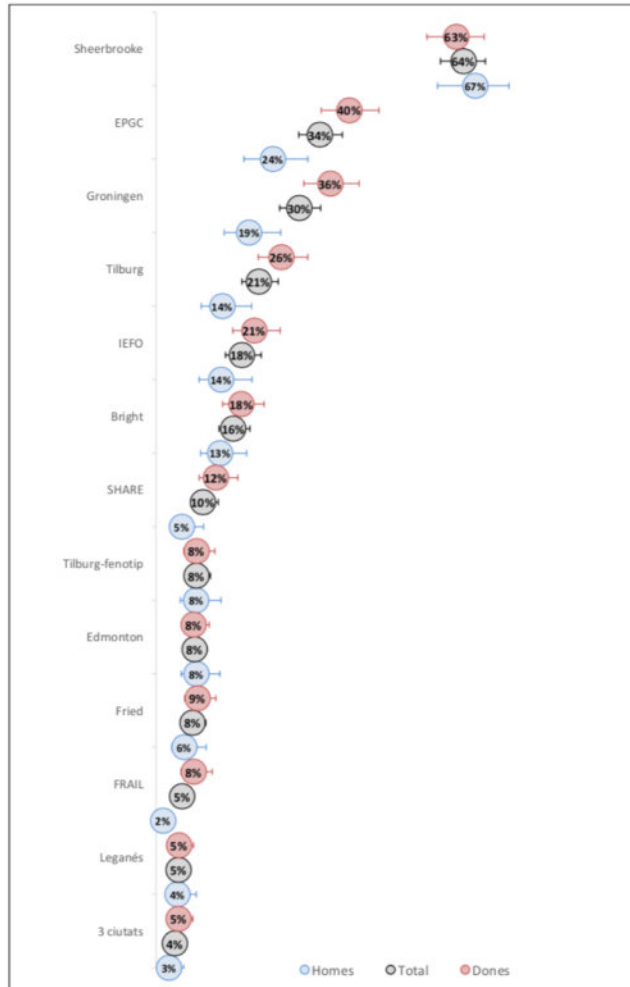
Leocadio Rodríguez-Mañas,¹ Catherine Féart,^{2,3} Giovanni Mann,⁴ Jose Viña,⁵ Somnath Chatterji,⁶
Wojtek Chodzko-Zajko,⁷ Magali Gonzalez-Colaço Harmand,¹ Howard Bergman,⁸ Laure Carcaillon,^{1,9}
Caroline Nicholson,⁴ Angelo Scuteri,¹⁰ Alan Sinclair,¹¹ Martha Pelaez,¹² Tischa Van der Cammen,¹³
François Beland,¹⁴ Jerome Bickenbach,¹⁵ Paul Delamarche,¹⁶ Luigi Ferrucci,¹⁷ Linda P. Fried,¹⁸
Luis Miguel Gutiérrez-Robledo,¹⁹ Kenneth Rockwood,²⁰ Fernando Rodríguez Artalejo,²¹ Gaetano Serviddio,²²
and Enrique Vega²³; on behalf of the FOD-CC group (Appendix 1)

CONCLUSIONS

Additional experimental work is needed to identify the specific combination of clinical and laboratory biomarkers that can be used for the diagnosis of frailty. Such studies may well enable us to move beyond a theoretical definition of frailty to a robust consensual operational definition that can be employed in a variety of settings.

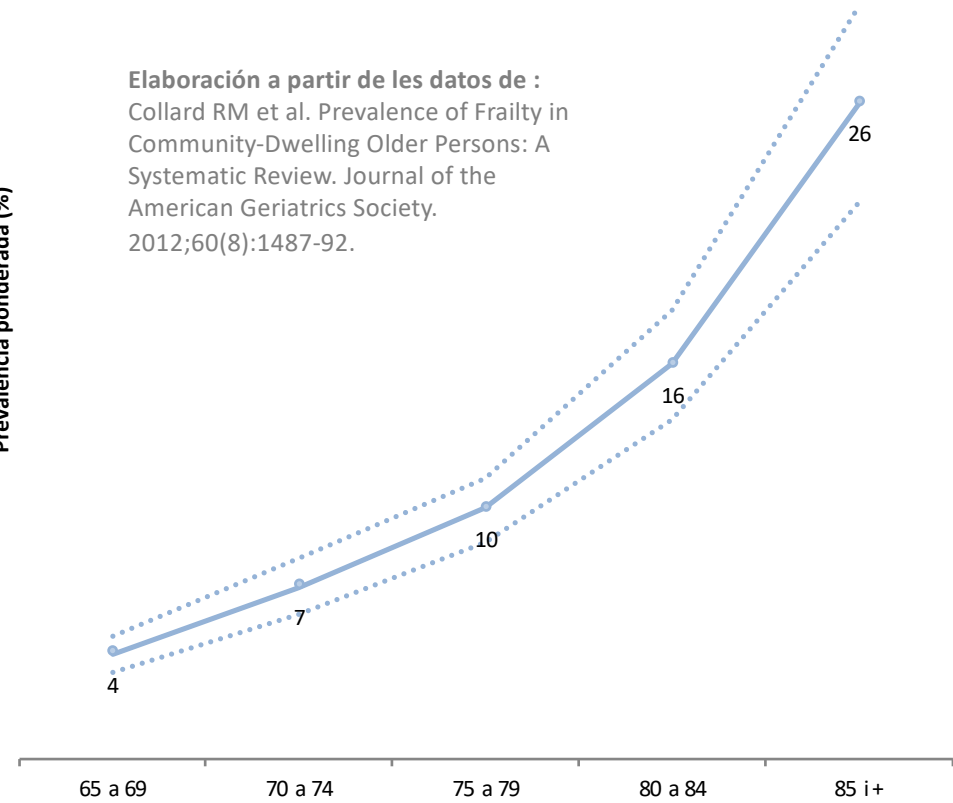
- ❖ La fragilidad es un sd. de disminución de reserva funcional y resistencia a estresores, que provoca vulnerabilidad.
- ❖ Identifica sujetos en riesgo de deterioro funcional y otros eventos deterioro de salud.
- ❖ Es multidimensional, dinámica y no lineal.
- ❖ Es diferente de discapacidad y comorbilidad, aunque las enfermedades modulan su aparición.
- ❖ El diagnóstico es útil en Atención Primaria y Especializada.
- ❖ La velocidad de la marcha, movilidad y actividad física pueden ser útiles para el diagnóstico, al igual que la valoración del estado mental y nutricional.
- ❖ Puede ser reversible. La actividad física es un tratamiento.

Fragilidad algunas consideraciones ...



Elaboración a partir de los datos de :
 Collard RM et al. Prevalence of Frailty in
 Community-Dwelling Older Persons: A
 Systematic Review. Journal of the
 American Geriatrics Society.
 2012;60(8):1487-92.

Prevalencia ponderada (%)



Fragilidad inicial – Prevención de discapacidad

REUNIONS A TERRITORI

Model per a la prevenció de la discapacitat en persones grans fràgils

Març 2018

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

RS ALT PIRINEU I ARAN (Alt Urgell)

20.000 hab

10.10.2018



RS GIRONA (Ripollès)

25.000 hab

08.10.2018



RS TERRES DE L'EBRE (Tortosa)

33.000 hab

08.11.2018



RS CAMP DE TARRAGONA (Reus)

103.000 hab

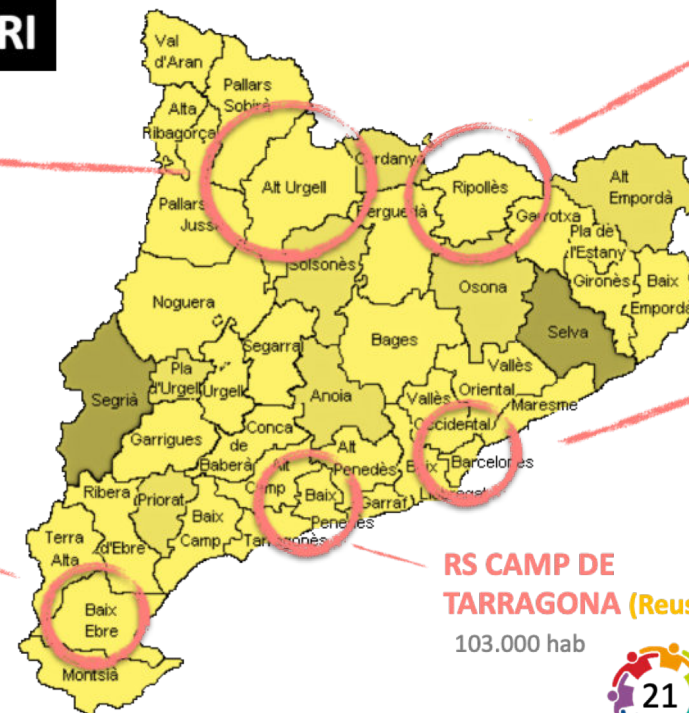
23.10.2018



RS BARCELONA (Badalona)

215.000 hab

24.10.2018

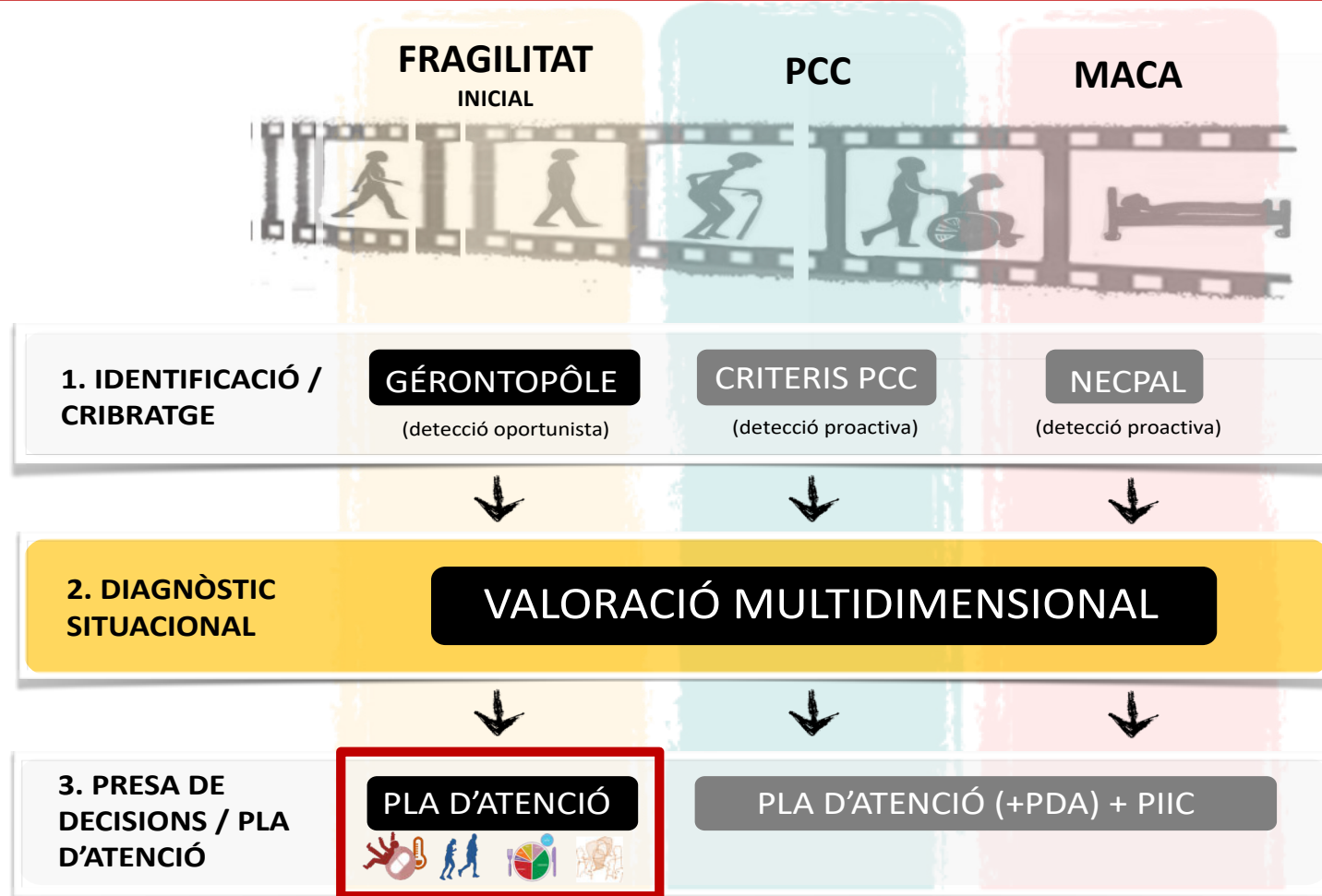


Fragilidad inicial – Prevención de discapacidad

Model per a la prevenció de la discapacitat en persones grans fràgils

Març 2018

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



Fragilidad inicial – Prevención de discapacidad – que evidencia?



JAMDA
Journal homepage: www.jamda.com

ORIGINAL STUDY
A Multicomponent Exercise Intervention that Reverses Frailty and Improves Cognition, Emotion, and Social Networking in the Community-Dwelling Frail Elderly: A Randomized Clinical Trial
Francisco José Tarazona-Santabalbina MD, PhD^{a,b}, Mari Carmen Gil-Peredra MD, PhD^{a,b}, Pilar Pérez-Ros PhD^b, Francisco Miguel Martínez-Arnau PhD^a, Konstantina Tsaparas PhD^c, Andrea Salvador-Pascual PhD^a, Leocadio Rodríguez-Mañas MD, PhD^e, José María Martínez-Larrea MD, PhD^{a,b}

STUDY PROTOCOL
Promoting health and social capital to reduce health inequalities in disadvantaged populations: a randomised controlled trial
Laura Coll-Planas^{1,2*}, Sergi Blancafort^{1,2}, María José Roqué^{1,2} and Rosa Monteserin^{2,3}

Cameron et al. *BMC Medicine* 2013, 11:65
<http://www.biomedcentral.com/1741-7015/11/65>

RESEARCH ARTICLE **Open Access**
A multifactorial interdisciplinary intervention reduces frailty in older people: randomized trial
Ian D Cameron^{1*}, Nicola Fairhall^{1,2}, Colleen Langron³, Keri Lockwood¹, Noeline Monaghan¹, Christina Aggar⁴, Catherine Sherrington², Stephen R Lord⁵ and Susan E Kurlie³

THE GERONTOLOGICAL SOCIETY OF AMERICA
Journals of Gerontology: Medical Sciences
cite as: *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2018, Vol. 73, No. 12, 1668–1674
doi:10.1093/gerona/glx259
Advance Access publication January 10, 2018

Research Article
A Targeted Multifactorial Intervention Improves Cognitive Function in Frail, Elderly Adults: A Randomized Controlled Trial
Luis Soto^{1,2,3,4*}, María Lluïsa Fabra, Physio⁵, Anna Ramirez, RN¹, Nuria Martí, RN¹, M. Belén Enfedaque⁶, M. Dolores Martínez, RN¹, Maria Giné, PhD⁹, and María Assumpta Fabregat, RN¹

THE AMERICAN JOURNAL OF MEDICINE

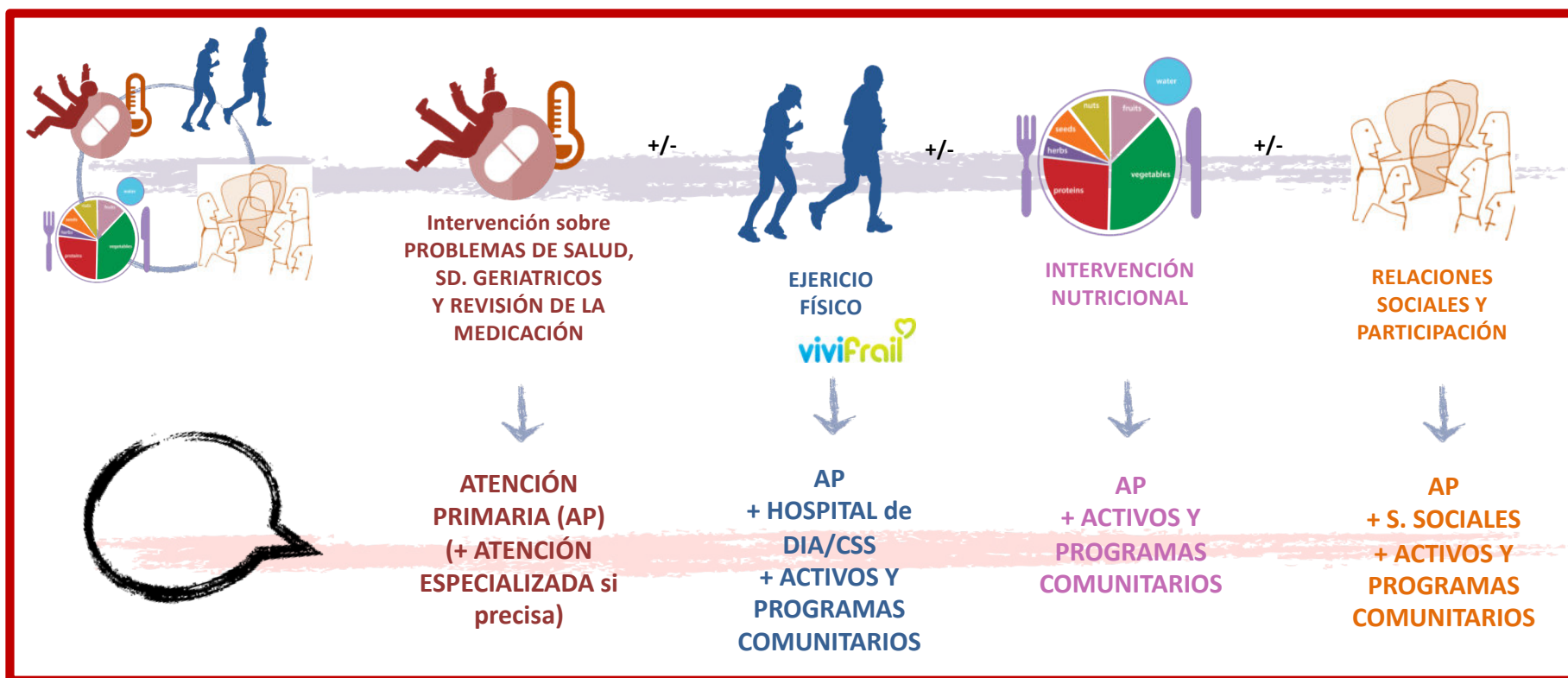
Nutritional, Physical, Cognitive, and Combination Interventions and Frailty Reversal Among Older Adults: A Randomized Controlled Trial
Tze Pin Ng, MD,¹ Liang Feng, PhD,² Ma Shwe Zin Nyunt, PhD,² Lei Feng, PhD,² Mathew Niti, PhD,³ Boon Yeow Tan, MMED,⁴ Gribson Chan, MSc,⁵ Sue Anne Khoo, MPsych(Clin),⁶ Sue Mei Chan, MHlthSc (Mgmt),⁶ Philip Yap, MRCP,⁷ Keng Bee Yap, FRCP(Edin)⁸

European Journal of Internal Medicine
journal homepage: www.elsevier.com/locate/ejim

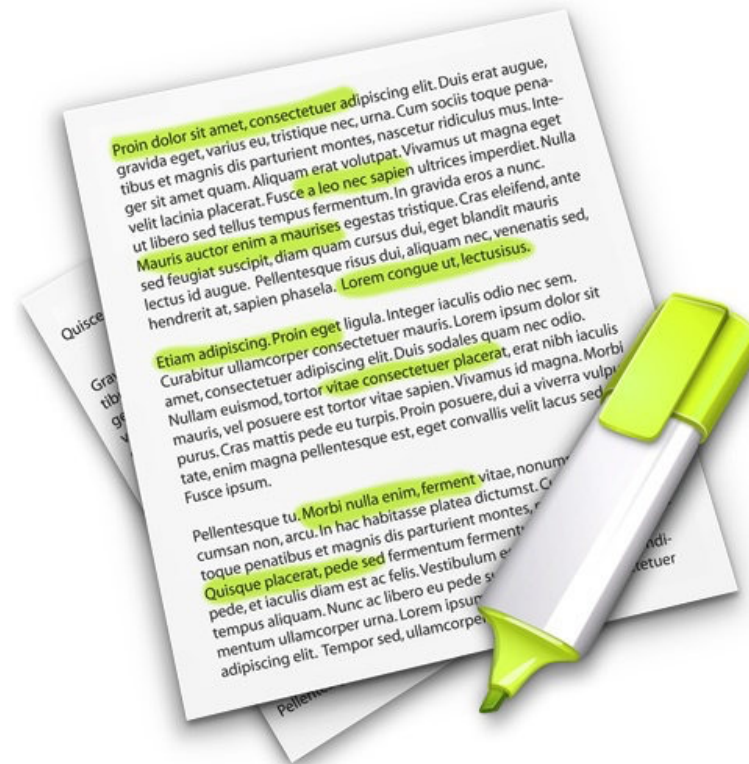
Original Article
Integrated primary and geriatric care for frail older adults in the community: Implementation of a complex intervention into real life
Marco Inzitari^{a,b,*}, Laura Mónica Pérez^a, M. Belén Enfedaque^c, Luís Soto³, Francisco Díaz^{c,d}, Neus Gual^{h,i}, Elisabeth Martín^e, Francesc Orfila^{c,e}, Paola Mulero¹, Rafael Ruiz^e, Matteo Cesari^{g,h}

Fragilidad inicial – Prevención de discapacidad

PLAN ATENCION



A modo de conclusiones



De la MBE a la medicina basada en aportar valor

Annals of Internal Medicine

Caring for Patients With Multiple Chronic Conditions

Mary E. Tinetti, MD; Ariel R. Green, MD, MPH; Jennifer Ouellet, MD; Michael W. Rich, MD; and Cynthia Boyd, MD, MPH

- ❖ *We care for patients, not diseases.*
- ❖ *We must be willing to work collaboratively with patients and other clinicians when perspectives differ, remembering that there is no 1 best answer for patients with multimorbidity.*
- ❖ *Aligning care with patients' priorities, **even if this means not following guideline recommendations**, is the core of patient-centered care for persons with multimorbidity.*
- ❖ *It requires that clinicians be proficient in deprescribing and decision making based on patient priorities, **essential skills in caring for the growing population of adults** (and particularly older adults) with multiple chronic conditions.*

Enfrentarse a los estereotipos y el edadismo



4. Modificaciones de los estereotipos.

Estudios recientes sobre el envejecimiento humano muestran, insistentemente, la existencia de problemas en la estructura, organización y relaciones entre distintas generaciones, entre los medios de comunicación y entre la sociedad en general, lo cual está afectando, de forma significativa, a la formación de actitudes respecto a dicho grupo de edad.

Los avances en la mejora de vida de los mayores, son percibidos, a veces, de forma errónea sobre todo los estereotipos compartidos por adolescentes y jóvenes, dado que, la imagen de los mayores aparece, para éstos, como una imagen restrictiva, autoritaria y censora de sus actitudes y costumbres. Tales imágenes parten, o se basan, en falsas creencias sobre el envejecimiento. Pero estas creencias podrían modificarse, a pesar de las dificultades que ello comporta, si los individuos recibieran la información adecuada, principalmente en los periodos fundamentales de formación.

Lo que pedimos

A las Personas Mayores:

...participación **intergeneracional** y **proactiva en acciones de mejora social**: que las Personas Mayores salgan de sus círculos generacionales, permitiendo el enriquecimiento mutuo y de la sociedad entera. Debemos ser participativos como ciudadanos y ciudadanas de pleno derecho. La vida nos enseña que las personas asumimos con más ganas y entusiasmo a aquello que descubrimos nosotros mismos. ¿Qué nos preocupa? ¿Qué sentimos? ¿Qué problemas tenemos? ¿Qué soluciones queremos?

A la Sociedad:

...imagen del colectivo de **Personas Mayores** en los medios de comunicación: que las ideas, mensajes, manifiestos y demás proclamas que se difundan a la opinión pública sobre el envejecimiento de la población, sean compatibles con el desarrollo de políticas reales de progreso. Contribuir en la búsqueda de una identidad alejada de los estereotipos que existen sobre el colectivo de Personas Mayores. El maltrato, negligencia o trato inadecuado, es un



A tratar a los mayores con conocimiento ...



Kenneth Rockwood
@Krockdoc



"GCA ...only as good as the plan that the assessment generates." That's what's least obvious to non-geriatricians about our trade. I hold that the management of frailty is our burden and our glory. We can glory in a great care plan; burden includes a CGA reduced to endless forms.

...ya que, no por ver muchos, se sabe de Geriatria

Y sobretodo... innovar si, pero.... De forma integrada

RESEARCH ARTICLE

Open Access

The three paradoxes of patient flow: an explanatory case study



Kreindler *BMC Health Services Research* (2017) 17:481
DOI 10.1186/s12913-017-2416-8

- 1. Many Small Successes and One Big Fail:** les iniciatives milloren parts del sistema però no aconseguen resoldre les restriccions del sistema subjacents
- 2. Your innovation My Aggravation:** la innovació local xoca amb la integració regional
- 3. Your Order Is My Chaos:** Milliores en l'organització de serveis per als meus pacients, creen obstacles per als teus pacients.

Table 1 Interview Guide

1. Could you start by telling me about your role and your involvement in improving flow?
 - Probe: How long have you been in this role? (Ask about past roles in the organization if applicable.)
2. Please describe [XYZ project, as applicable] and your role in it.
 - How did you choose this particular initiative? (What problem were you trying to solve? Where did you get the idea? Who was involved in the decision?)
 - Can you walk me through the process of implementing the project?
 - What worked well? What didn't work well?
 - Did you encounter major barriers to implementing the project? If so, what were they? What caused them? How did you address them?
 - What were the project's outcomes? Why do you think this occurred?
 - Have you tried to spread the project beyond [area]? How has that gone?
3. Now looking at the regional level: overall, how do you feel efforts to improve patient flow are going?
 - Probes: What has worked well? What hasn't? Why? (Ask for examples.)
 - What do you think are the most important things the Region should do to improve flow? (What would that look like? What would it take?)
 - How important do you think it is for all the hospitals to have similar processes or similar initiatives for improving flow?
 - What do you think should be the role of (programs, sites) in improving flow? Why?
4. Is there anything else we should know?
5. Is there anyone else we should talk to?



Correo: santaeugenia@gmail.com

Twitter: [SJSantaeugenia](https://twitter.com/SJSantaeugenia)

Muchas gracias