



Conselleria de Salut
Servei de Salut

SESSIÓ INTER-Mensual de CP - Cronicitat

“La Atención Intermedia: qué, quién, cómo y con quién trabaja”

Beatriz Fuertes de Gilbert Rivera. Geriatra. Hospital Joan March.

Dimecres 19 de març de 2025

Horari: **8:30 – 9:30h**

Per la plataforma Teams



**Centre Coordinador del Programa de Cures
Polítiques de les Illes Balears**

Hospital Joan March – Edifici Cimera

Carretera Palma-Sóller, km 12

 Tel 971 212186

 <http://cuidadospolitivoscaib.es>

 programacpib@caib.es

 @ccpolib



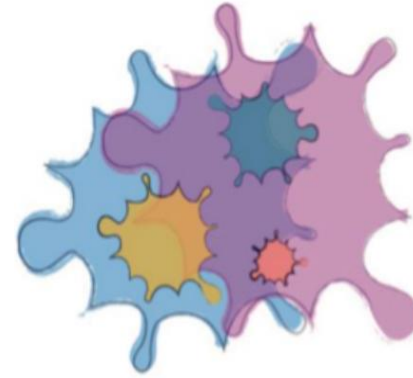
- *Envejecimiento fisiológico vs patológico.*
- *Perseguir el envejecimiento saludable.*

**Década del
Envejecimiento Saludable
2020-2030**





PLA D'ACTUACIONS 2024
per a la **INTEGRACIÓ DE L'ATENCIÓ**
a les persones grans fràgils,
amb cronicitat complexa (PCC)
o avançada (MACA)



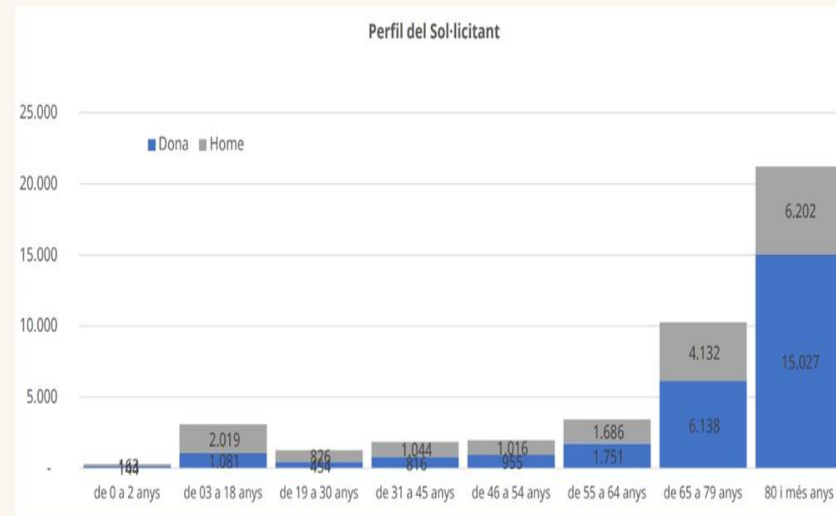
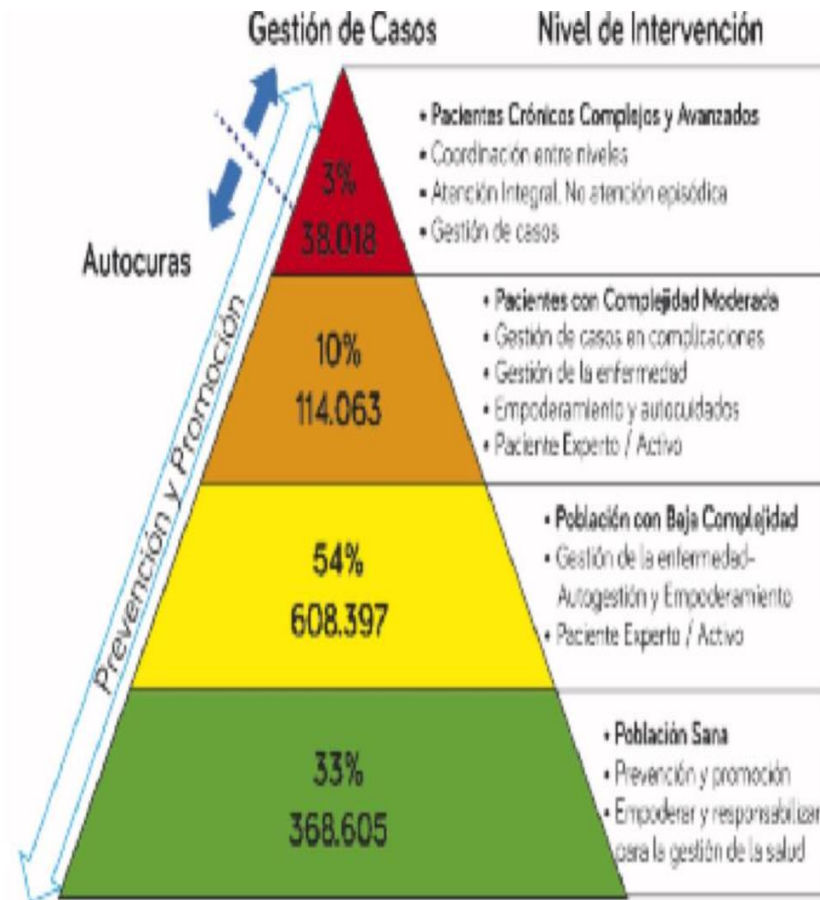
1. PERSONES AMB PROBLEMES DE SALUT CRÒNICS, independentment de la seva edat, però sobretot aquelles amb:

NECESSITATS COMPLEXES D'ATENCIÓ
o **CRONICITAT COMPLEXA (PCC)**

NECESSITATS PAL·LIATIVES
o **CRONICITAT AVANÇADA (MACA)**

2. PERSONES GRANS*. Tot i que molts dels conceptes desenvolupats aquí poden ser útils per a qualsevol persona de perfil geriàtric, són especialment tributàries d'aquest model les persones grans amb:

FRAGILITAT INICIAL



Elaboración: Direcció General d'Atenció a la Dependència a partir de los datos del DISDEP. Octubre '23

Fig. 4. Estratificació 2016 de les Illes Balears. Fuente: SIS del Servicio de Salud.

COMPLEJIDAD



- - Heterogeneidad de pacientes crónicos y mayores >65 años. No todos los mayores son dependientes y no todos los dependientes son mayores.
- - En la vejez, inciden todas las enfermedades que se ven en el adulto. **EDAD ≠ ENFERMEDAD, pero los ancianos tienen:**
 - Mayor prevalencia e **incidencia** de enfermedad. Comorbilidad, Polifarmacia
 - Mayor tendencia a la **cronicidad**. Frecuentes reagudizaciones.
 - Mayor prevalencia de situaciones de **incapacidad- necesidad RHb**.
 - Mayor dificultad del diagnóstico y en la decisión terapéutica. Mayor variabilidad en la respuesta terapéutica.
 - Mayor necesidad de cuidados continuados.
 - Presentación **atípica** de enfermedades: Manifestaciones consecuencias y su evolución
- A más años, importancia de cómo van a vivirse.
 - Mantener autonomía a medida que se envejece.
 - "Dar calidad a la cantidad de años conseguidos"



El sistema sanitario debe adaptarse a las necesidades de su principal cliente actual y futuro: el anciano, el dependiente, el paciente crónico...

CAMBIO DE PARADIGMA ASISTENCIAL



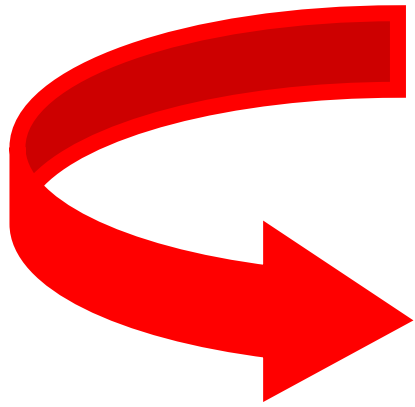
Dra. P. Gonzalez (SEGG)

Atención episodio agudo de la
ENFERMEDAD

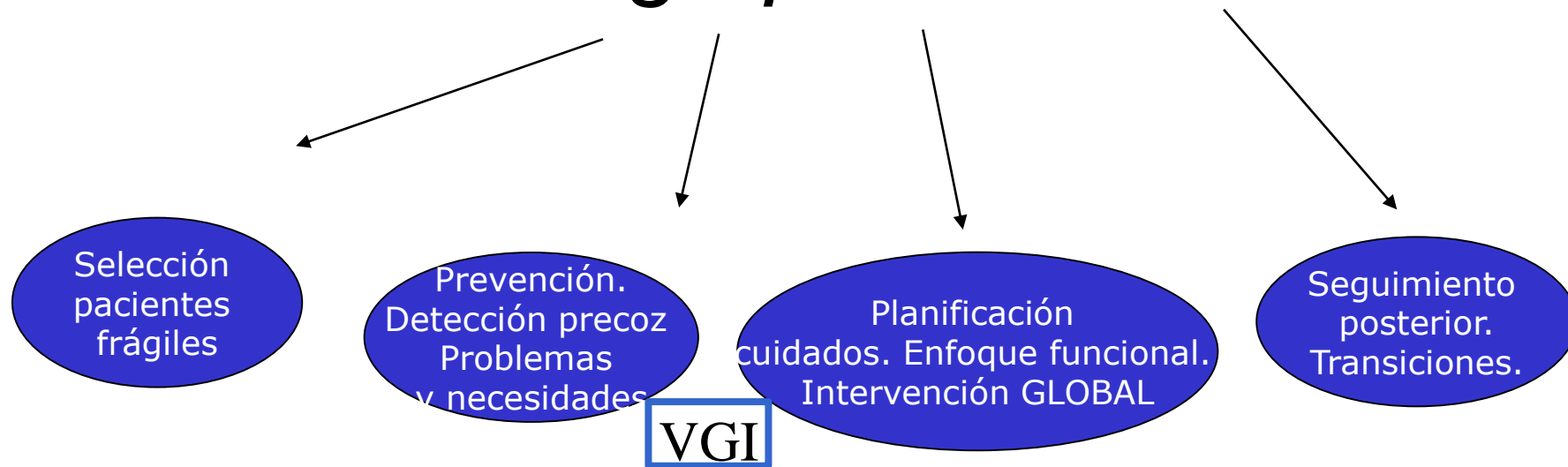


Atención centrada en el PACIENTE

- ✓ Integral
- ✓ Interdisciplinaria
- ✓ Coordinada
- ✓ Continuada



Necesidad de estrategias asistenciales específicas para este grupo etario.



> Centrando los objetivos terapéuticos no sólo en cantidad de vida sino en la calidad...Ni sobre esfuerzo ni nihilismo...

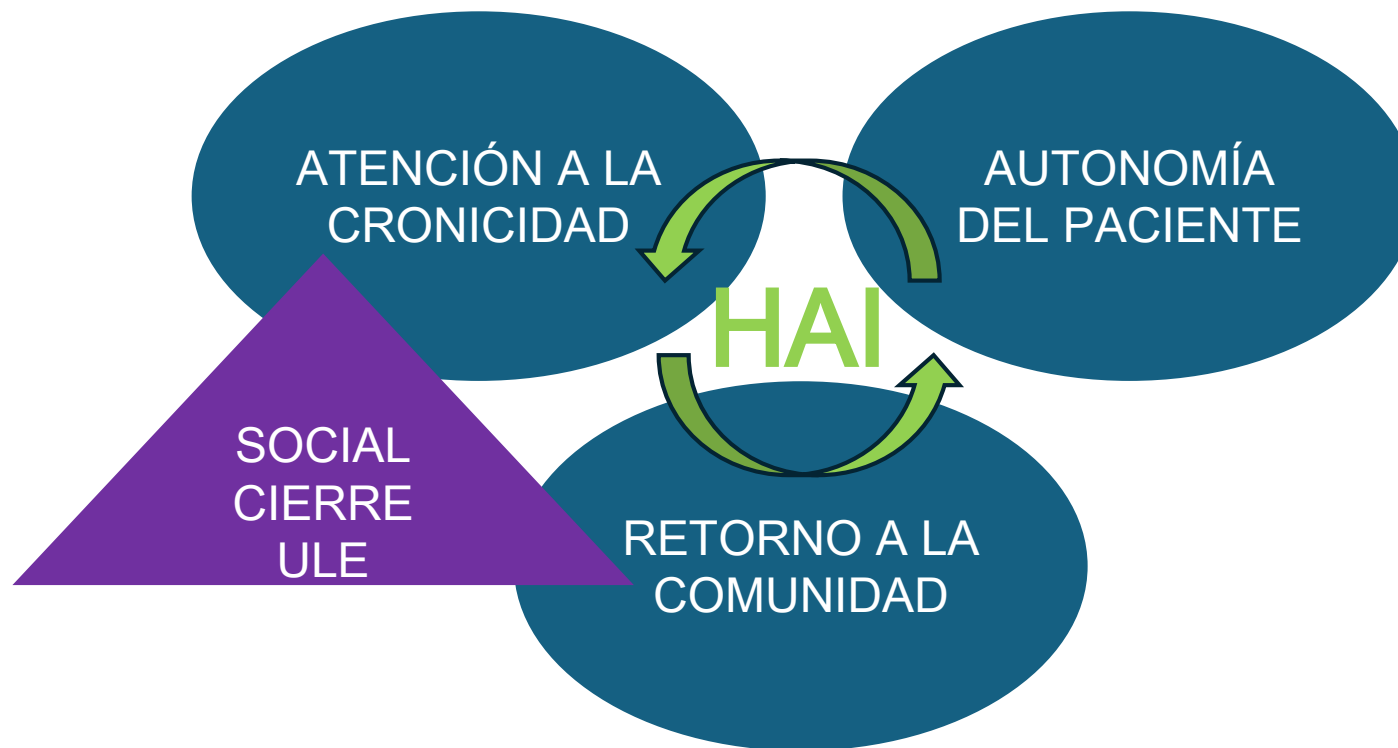
> Atención integral, interdisciplinar, coordinada y continuada.



Concepto Hospital Atención Intermedia

Centro sanitario con el conjunto de cuidados **integrales** y **multidisciplinares** destinados a aquellos enfermos, generalmente **crónicos**, que pueden beneficiarse de los mismos para aumentar su **autonomía**, **paliar** sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su **reinserción** comunitaria.





Objetivos Atención Intermedia

- Gestionar la cronicidad
- Promover una **recuperación más rápida** de la enfermedad o del deterioro funcional. **Prevenir ingresos** innecesarios o **estancias no adecuadas** en hospitales de agudos
- **Evitar institucionalización** o ingreso prematuro en centros de larga duración-ULE.
- Apoyar altas tempranas .**Soporte al alta** hospitalaria
- Promover **autonomía, calidad de vida y regreso a domicilio**. Maximizar la vida independiente
- Durante un **periodo limitado** en el tiempo y con un **objetivo** concreto.



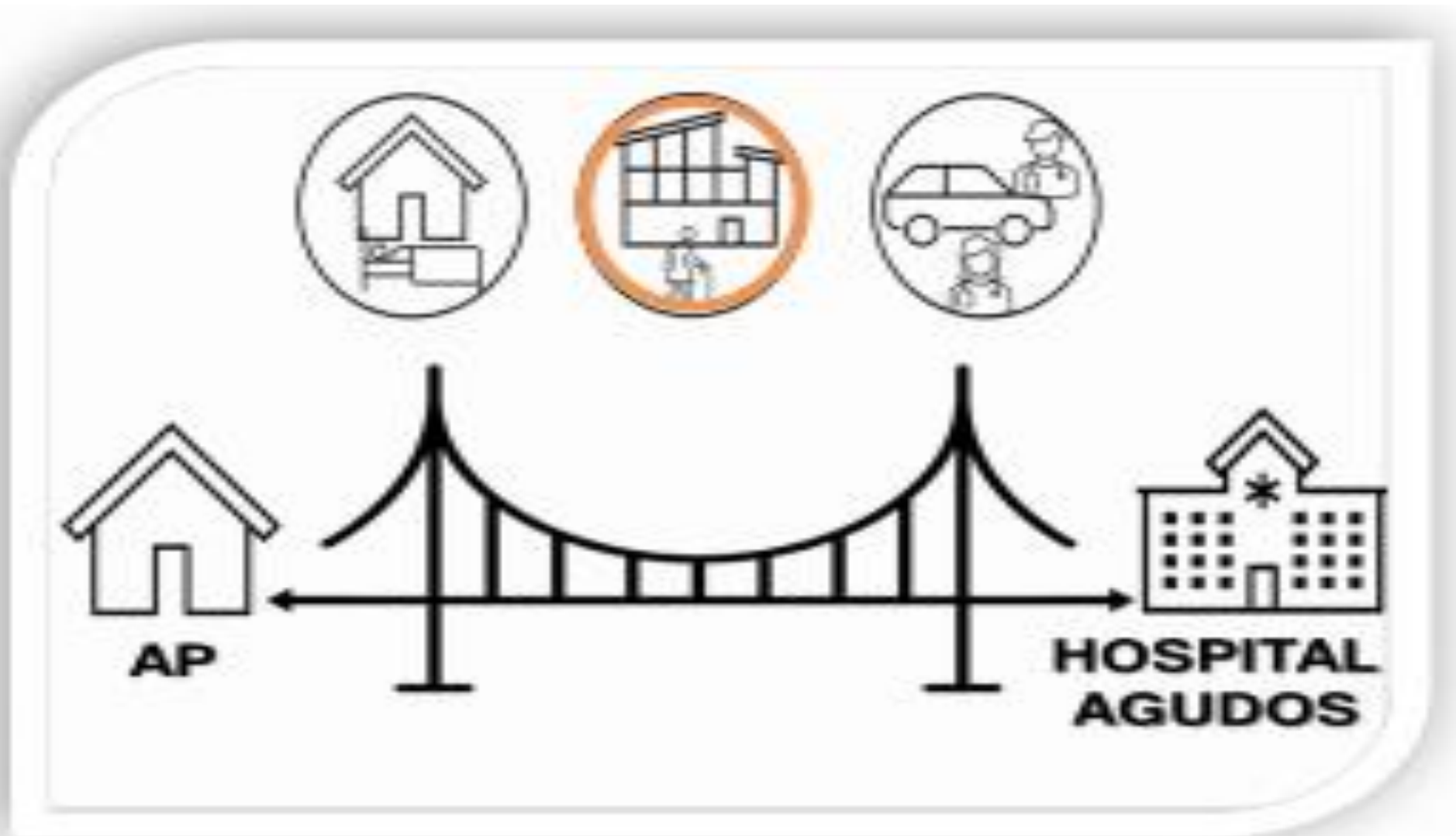
Adecuar distintas situaciones de enfermedad y nivel asistencial correspondiente ...

CADA ANCIANO DEBE RECIBIR LA ATENCIÓN "ADECUADA" EN EL LUGAR "ADECUADO" EL TIEMPO "ADECUADO" Y DE FORMA COORDINADA Y CONTINUADA.

Complejidad
CLÍNICA

Complejidad
SISTEMA
asistencial

Complejidad
SOCIAL



Elaboración propia: Grupo de AI de la SEGG

LIMITACIONES!!!..... Heterogeneidad en composición y territorios, distintas denominaciones, desconocimiento..



Revista Española de Geriatria y Gerontología

www.elsevier.es/regg



REVISIÓN

Marco conceptual y perspectiva histórica de la atención intermedia

Elena Romero Pisonero^{a,b,*}, Alicia Calle Egusquiza^{b,c}, Ingrid Bullich Marin^{d,e},
Luis Tejedor López^{b,f}, Carlos Gala Serra^{b,g}, Ainhoa Esteve Arrien^{b,h},
Blanca Garmendia Prieto^{b,i} y Sebastià J. Santaeugènia González^{b,j}



^a Hospital la Fuenfria, Madrid, España

^b Grupo de Trabajo de Atención Intermedia de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG)

^c Hospital del Mar, Barcelona, España

^d Grupo Investigación Enfermera Taulí (RIT-CAT). Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell, España

^e Instituto de Investigación e Innovación Parc Taulí (I3PT-CERCA). Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell, España

^f Hospital de Emergencias Enfermera Isabel Zendal, Madrid, España

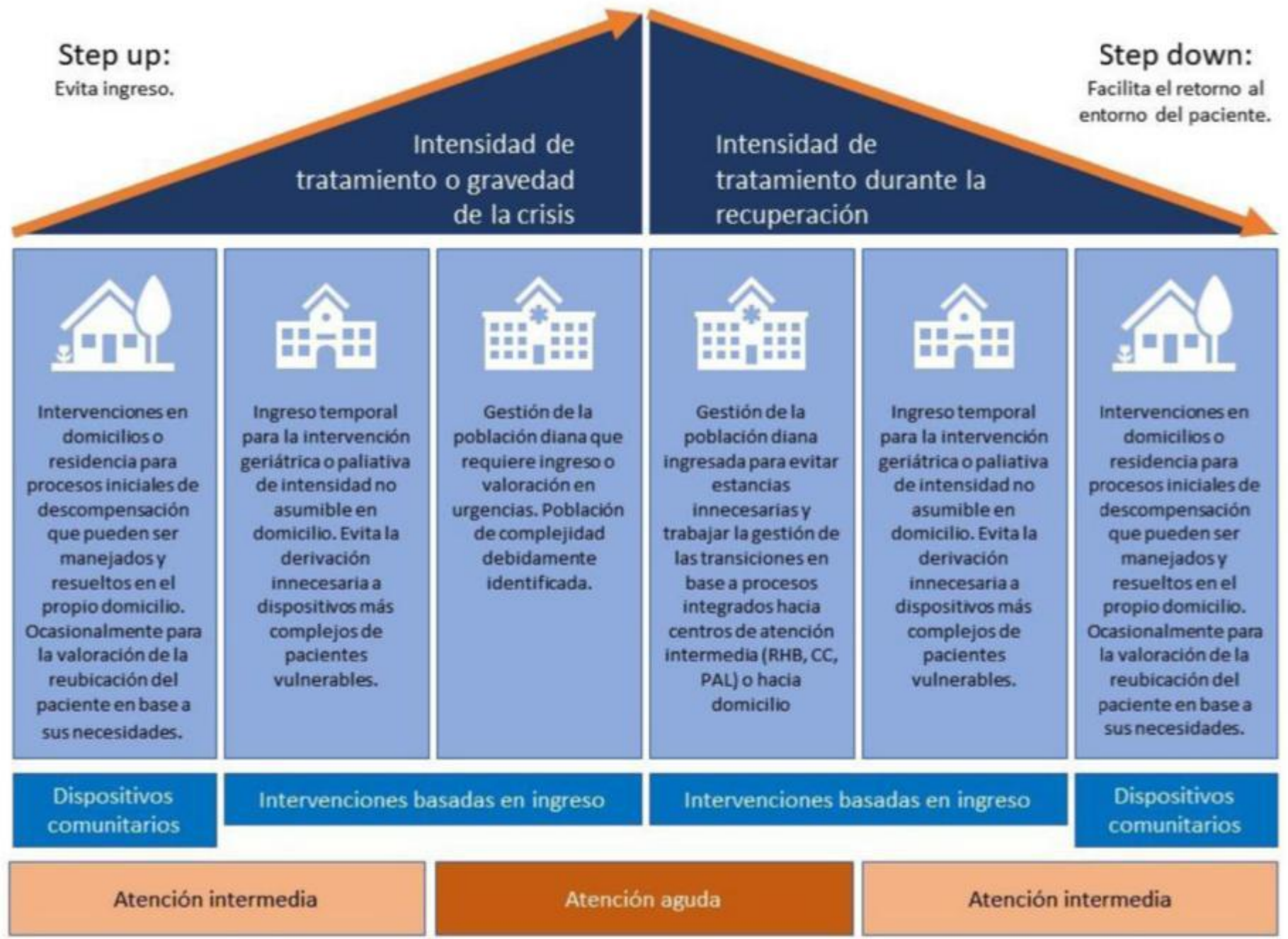
^g Hospital San José, Teruel, España

^h Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Castilla La Mancha, Castilla-La Mancha, España

ⁱ Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela, Madrid, España

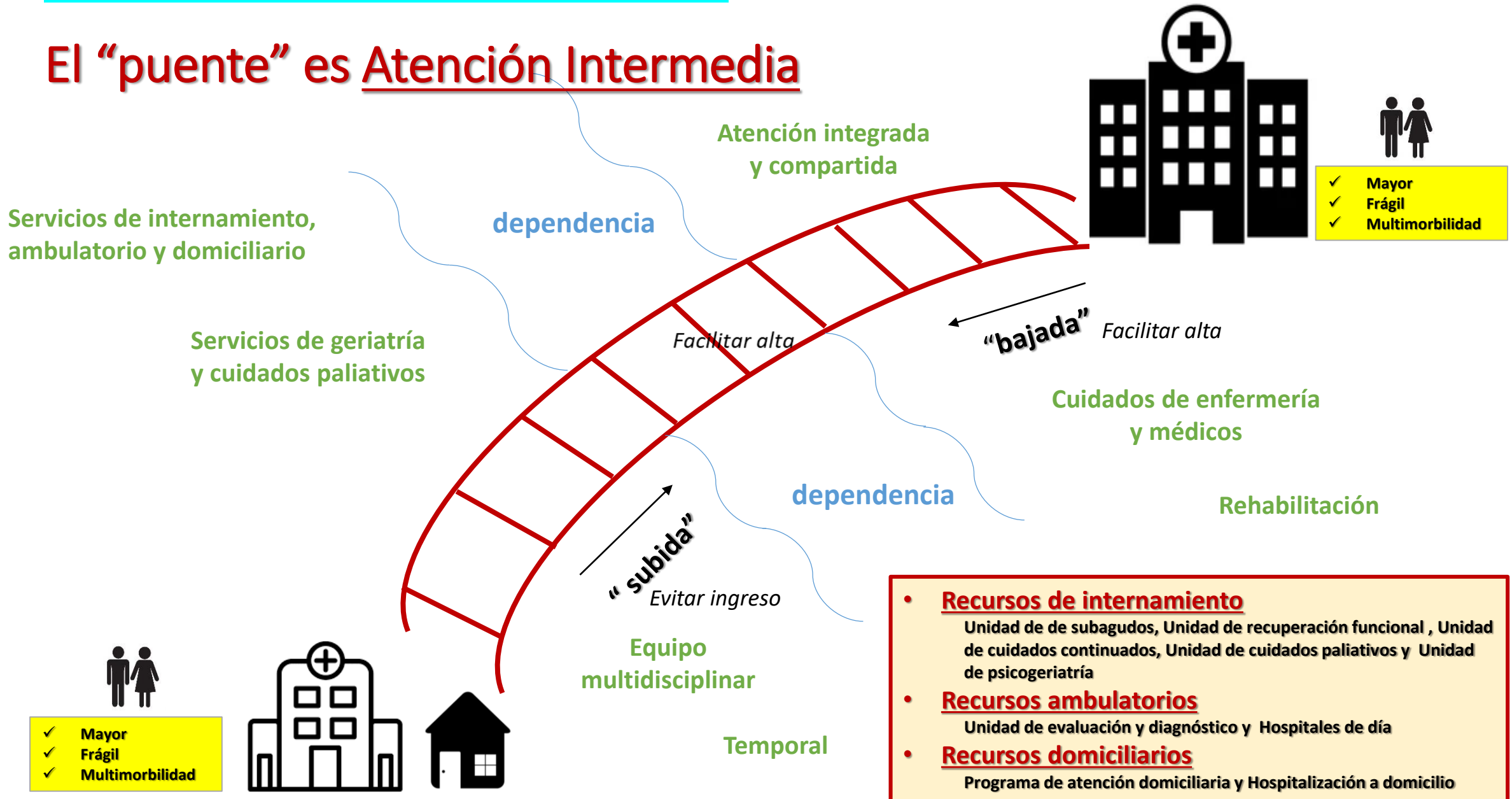
^j Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Barcelona, España

PLA D'ACTUACIONS 2024
 per a la **INTEGRACIÓ DE L'ATENCIÓ**
 a les persones grans fràgils,
 amb cronicitat complexa (PCC)
 o avançada (MACA)



DISPOSITIVOS A.INTERMEDIA .HJM

El “puente” es Atención Intermedia



Elementos y modelo de Atención Intermedia



■ Perfil pacientes a tratar en AI:

- Personas mayores y/o frágiles que precisan recuperación funcional
- Personas con síndromes geriátricos de difícil manejo
- Personas con enfermedades crónicas de manejo complejo o en fase avanzada
- Personas con necesidades paliativas



■ Procedencia

- ▣ Urgencias Hospital Agudos
- ▣ Otros servicios médicos o quirúrgicos de tras valoración de la unidad gestión de casos.
- ▣ Consulta externa
- ▣ Atención primaria
- ▣ Domicilio
- ▣ PCA para ingresos desde domicilio
- ▣ ESAD

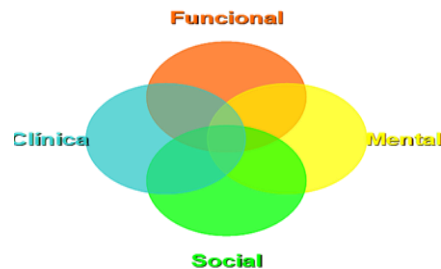
Asistencia de las enfermedades y *prevenir y si no, al menos, recuperar la pérdida de autonomía e integrar en la comunidad el mayor número de personas ancianas, con la mayor calidad de vida posible.*

Modelo de atención dispositivos Atención Intermedia

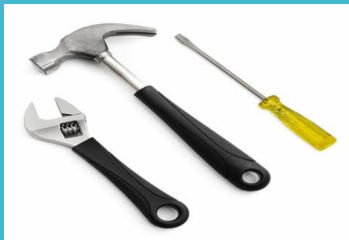


- Selección de pacientes. Criterios y vías ingreso bien establecidas.
- Plan de atención personalizado por problemas . **Valoración integral multidimensional.** .Toma decisiones compartidas Adecuación de la intensidad terapéutica - proporcionalidad de las actuaciones

- **Equipo interdisciplinar**



Modelo de atención dispositivos Atención Intermedia



- Organización en niveles o programas asistenciales cada uno con sus características !!!!!!!!!!!
- Programas de planificación del alta médica , organización y coordinación diferentes niveles de atención ,**continuidad asistencial** -transiciones.
- Predominio de cuidados , técnicas diag-terapeúticas no complejas en general y rehabilitación(Temprano!).
- Protocolos prevención y manejo síndromes geriátricos. Educación sanitaria

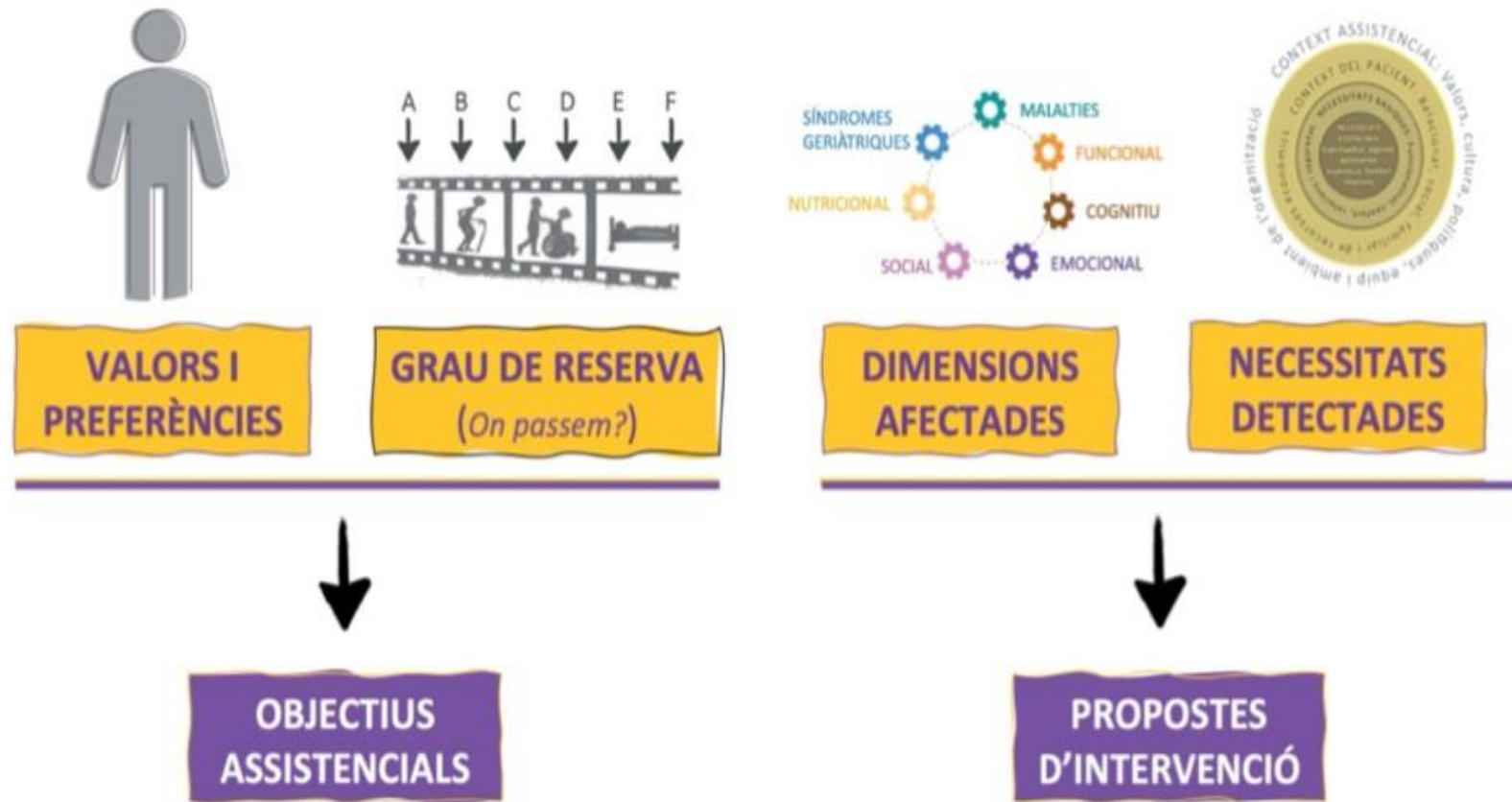


ORIGINAL ARTICLE: SOCIAL RESEARCH, PLANNING AND PRACTICE

Clinical effectiveness of an intermediate care inpatient model based on integrated care pathways

Sebastià J Santaeugènia ✉, Miquel A Mas, Francisco J Tarazona-Santabalbina, Manuela García-Lázaro, Ana Maria Alventosa, Alícia Gutiérrez-Benito, Albert Monterde, Joan Cunill

First published: 18 February 2020
<https://doi.org/10.1111/ggi.13877>
Citations: 4



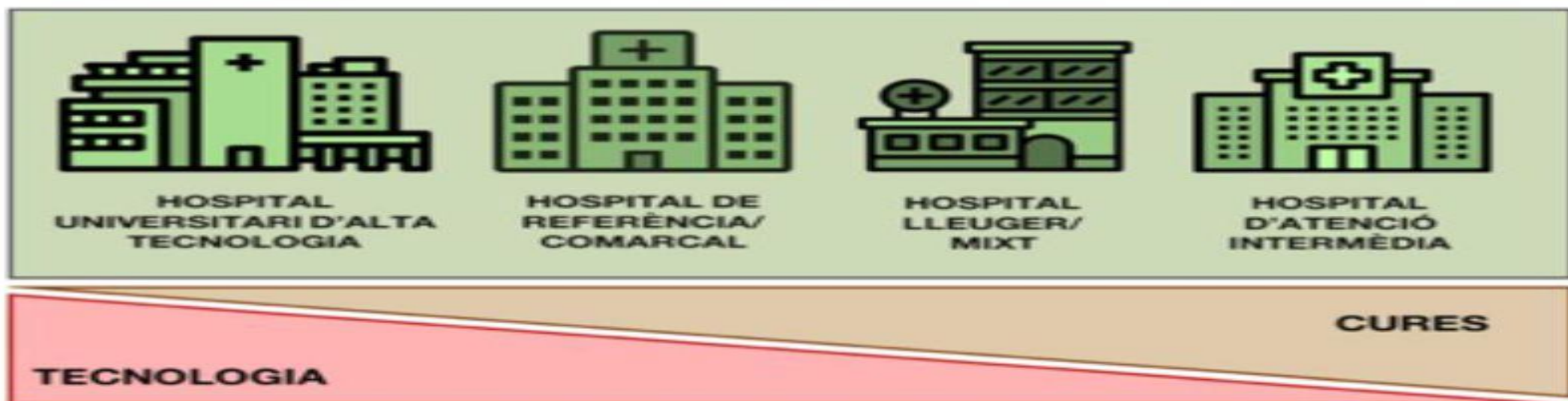
PLA D'ACTUACIONS 2024
 per a la **INTEGRACIÓ DE**
L'ATENCIÓ
 a les persones grans fràgils,
 amb cronicitat complexa (PCC)
 o avançada (MACA)



Figura 29. Objetivos asistenciales y propuestas de intervención como elementos clave para elaborar un plan de atención centrado en la persona. Fuente: elaboración propia.



Figura 7. Tipologia de centres en l'àmbit hospitalari







**VGI ADAPTADA A NIVEL ASISTENCIAL Y PERFIL DE PACIENTE.
Edad cronológica/biológica?? Atención individualizada**

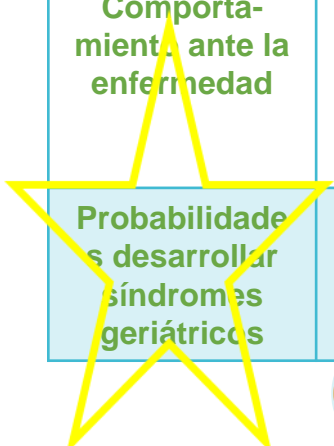
DIFERENCIAS EN ABORDAJE DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO

Heterogeneidad de >65 años. Tipos de ancianos.



	ANCIANO SANO	ANCIANO ENFERMO	ANCIANO FRÁGIL	Paciente GERIATRICO.
Concepto	Edad avanzada y ausencia de enfermedad objetivable	Anciano sano con una enfermedad aguda	Anciano que conserva su independencia de manera precaria y que se encuentra en situación de alto riesgo dependencia	Paciente de edad avanzada con una o varias enfermedades de base crónicas y evolucionadas , en el que ya existe discapacidad de forma evidente
ABVD	Independiente	Independiente	Independiente	Dependiente
AIVD	Independiente	Independiente	Dependiente	Dependiente
Comportamiento ante la enfermedad	Baja tendencia a la dependencia (no presenta problemática mental o social)	Baja tendencia a la dependencia (problema de salud puede ser atendido y resuelto con normalidad)	Alta tendencia a la dependencia (infección, caídas, cambios de medicación, hospitalización, etc.)	Más dependiente e institucionalización (presenta problemática mental o social)
Probabilidades de desarrollar síndromes geriátricos	Baja	Baja	Alta	Muy alta

← Reversibilidad



Discapacidad y dependencia Recursos Sociales y Sanitarios →



CARE FOCUSED ON

**Preventing
frailty**

**Preventing
Disability
Treating
Frailty**

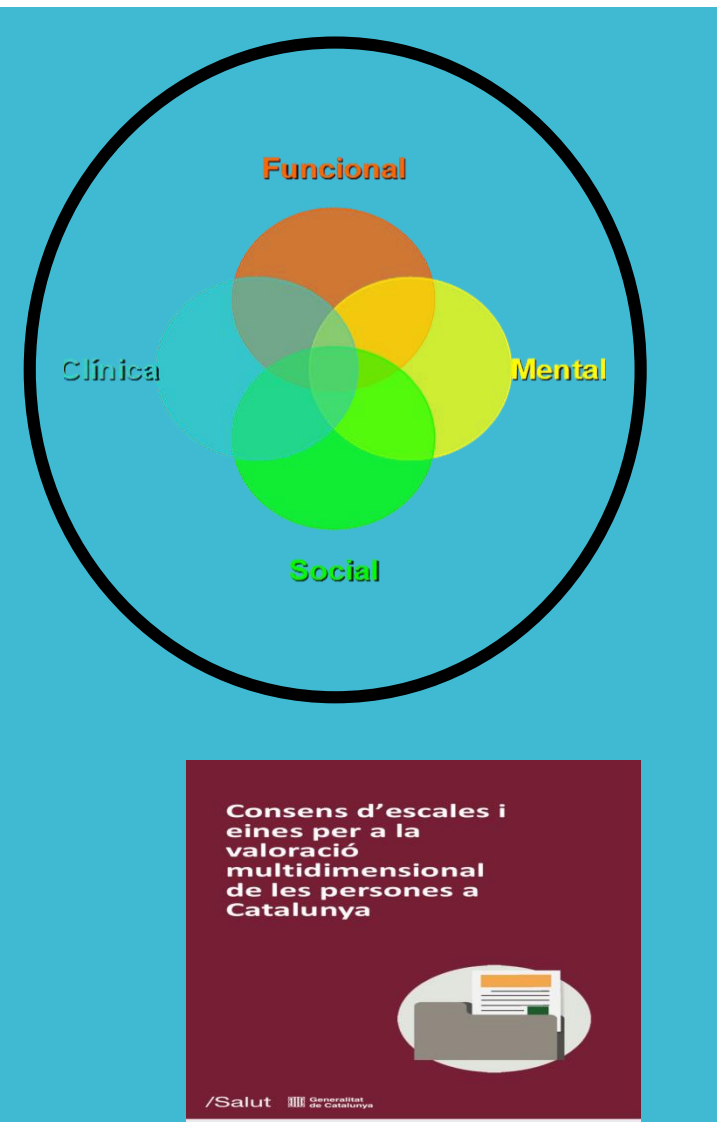
**Preventing
Disability
Treating
Functional
Decline**

**Preventing
Dependency
Treating
Disability**

**Managing
Dependency**

Potential reversibility of
functional decline

	Robust	Frail	Functional Limitation	Disability	Dependency
Definition					
Interventions to improve quality and outcomes - and prevent or delay further functional decline	What How Where ?	What How Where ?	What How Where ?	What How Where ?	What How Where ?



RESUM VISUAL

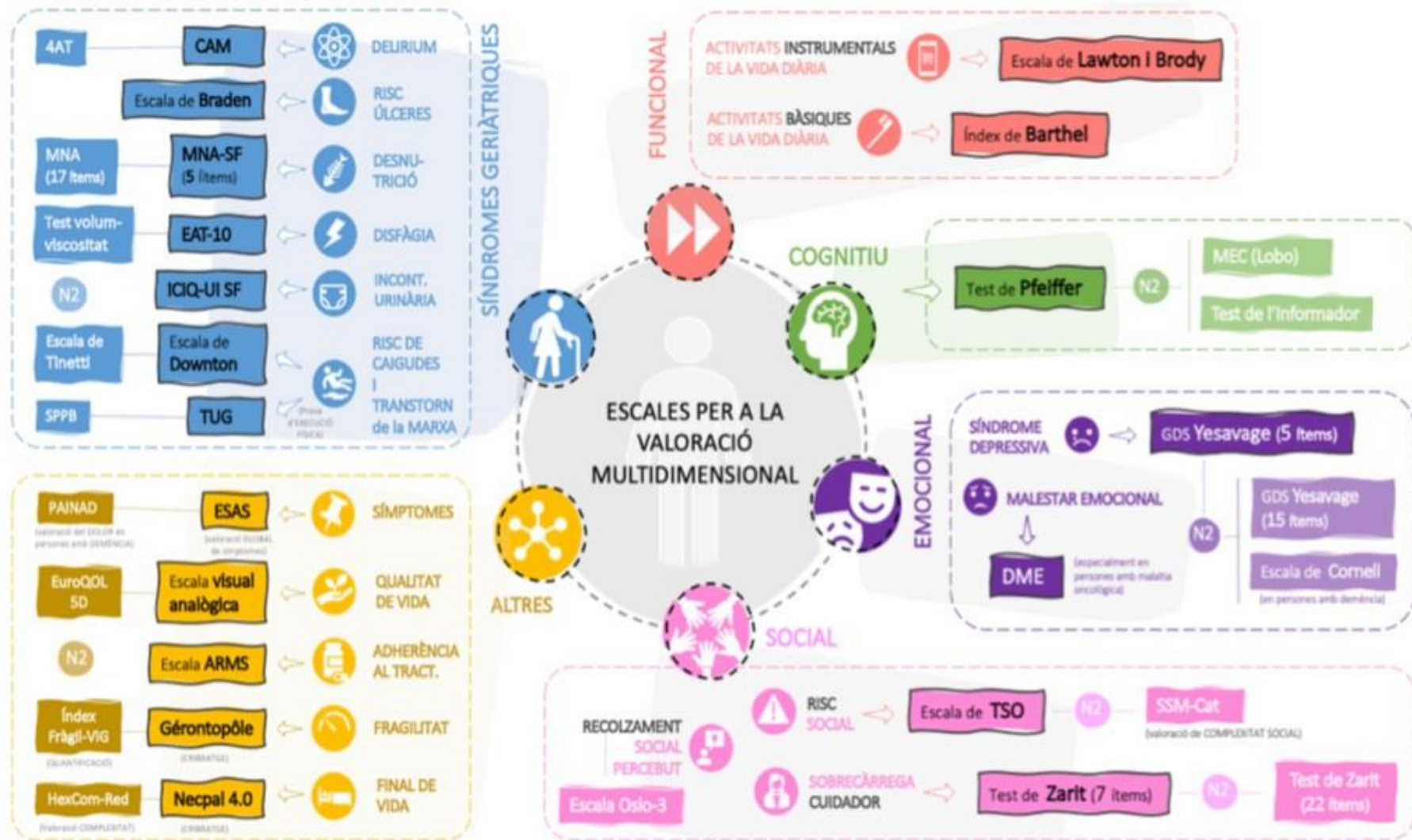
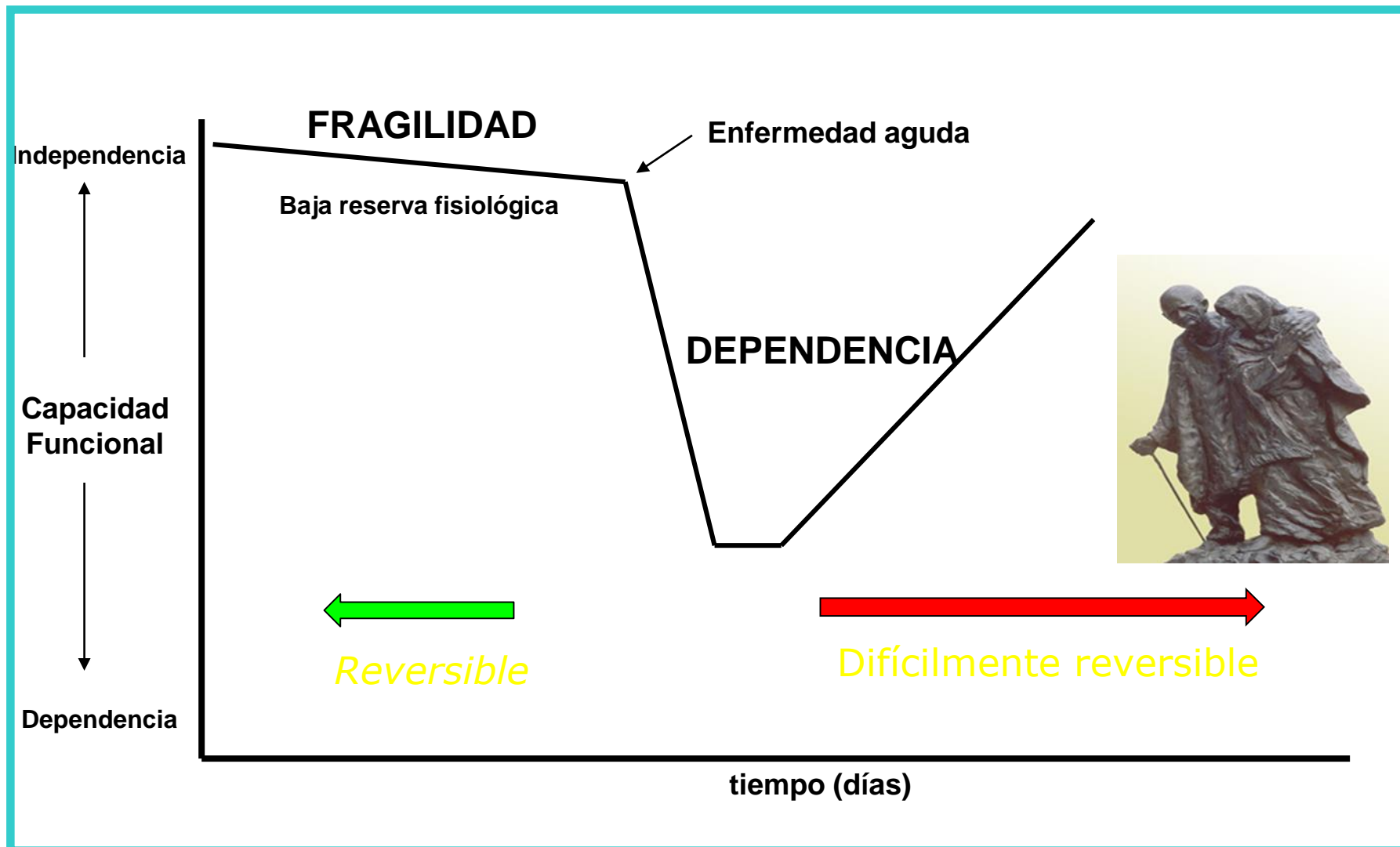


Tabla 1
Descripción y características del índice frágil-VIG

Dominio		Variable	Descripción	Puntos
Funcional	AIVDs	Manejo de dinero	¿Necesita ayuda para gestionar los asuntos económicos (banco, tiendas, restaurantes)?	Si 1 No 0
		Utilización de teléfono	¿Necesita ayuda para utilizar el teléfono?	Si 1 No 0
		Control de medicación	¿Necesita ayuda para la preparación/administración de la medicación?	Si 1 No 0
	ABVDs	Índice de Barthel (IB)	¿No dependencia (IB ≥ 95)?	0
			¿Dependencia leve-moderada (IB 90-65)?	1
			¿Dependencia moderada-grave (IB 60-25)?	2
¿Dependencia absoluta (IB ≤ 20)?			3	
Nutricional	Malnutrición	¿Ha perdido ≥ 5% de peso en los últimos 6 meses?	Si 1 No 0	
Cognitivo	Grado de deterioro cognitivo	¿Ausencia de deterioro cognitivo?	0	
		¿Det.cognitivo leve-moderado (equivalente a GDS ≤ 5)?	1	
		¿Det.cognitivo grave-muy grave (equivalente a GDS ≥ 6)?	2	
Emocional	Síndrome depresivo	¿Necesita de medicación antidepresiva?	Si 1 No 0	
	Insomnio/ansiedad	¿Necesita tratamiento habitual con benzodiazepinas u otros psicofármacos de perfil sedante para el insomnio/ansiedad?	Si 1 No 0	
Social	Vulnerabilidad social	¿Existe percepción por parte de los profesionales de situación de vulnerabilidad social?	Si 1 No 0	
Síndromes Geriátricos	Delirium	En los últimos 6 meses, ¿ha presentado delirium y/o trastorno de comportamiento, que ha requerido de neurolepticos?	Si 1 No 0	
	Caidas	En los últimos 6 meses, ¿ha presentado ≥ 2 caídas o alguna caída que haya requerido hospitalización?	Si 1 No 0	
	Úlceras	¿Presenta alguna úlcera (por decúbito o vascular, de cualquier grado)?	Si 1 No 0	
	Polifarmacia	¿habitualmente, toma ≥ 5 fármacos?	Si 1 No 0	
	Disfagia	¿se atraganta frecuentemente cuando come o bebe? En los últimos 6 meses, ¿ha presentado alguna infección respiratoria por bronco-aspiración?	Si 1 No 0	
Síntomas graves	Dolor	¿requiere de ≥ 2 analgésicos convencionales y/o opiáceos mayores para el control del dolor?	Si 1 No 0	
	Disnea	¿la disnea basal le impide salir de casa y/o que requiere de opiáceos habitualmente?	Si 1 No 0	
Enfermedades (+)	Cáncer	¿Tiene algún tipo de enfermedad oncológica activa?	Si 1 No 0	
	Respiratorias	¿Tiene algún tipo de enfermedad respiratoria crónica (EPOC, neumopatía restrictiva,...)?	Si 1 No 0	
	Cardíacas	¿Tiene algún tipo de enfermedad cardíaca crónica (insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, arritmia)?	Si 1 No 0	
	Neurológicas	¿Tiene algún tipo de enfermedad neurodegenerativa (Parkinson, ELA,...) o antecedente de accidente vascular cerebral (isquémico o hemorrágico)?	Si 1 No 0	
	Digestivas	¿Tiene algún tipo de enfermedad digestiva crónica (hepatopatía crónica, cirrosis, pancreatitis crónica, enfermedad inflamatoria intestinal,...)?	Si 1 No 0	
	Renales	¿Tiene insuficiencia renal crónica (FG < 60)?	Si 1 No 0	
Índice Frágil-VIG =				$\frac{X}{25}$

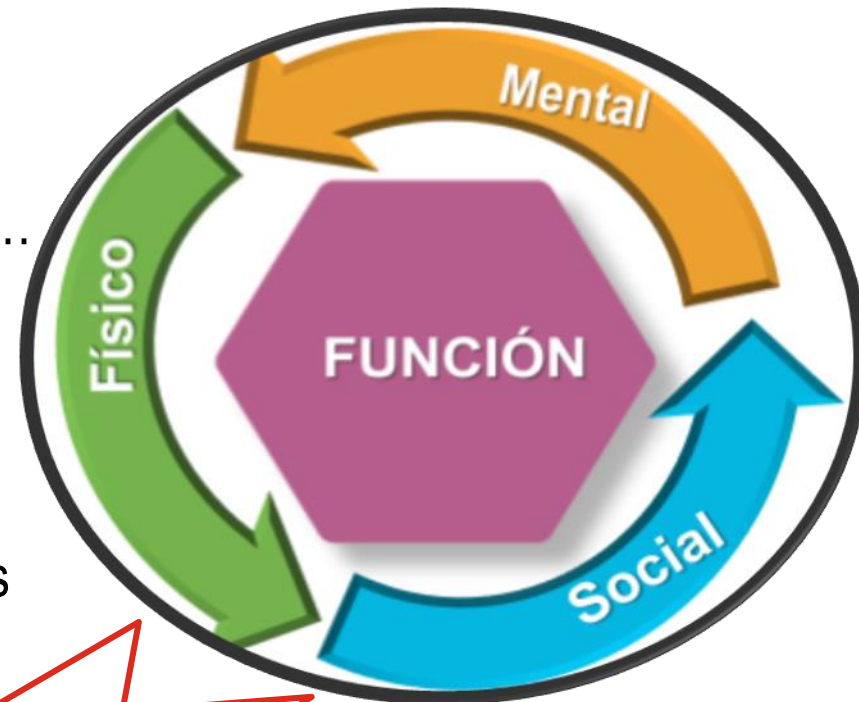
ABVD: actividades básicas de la vida diaria; AIVD: actividades instrumentales de la vida diaria; ELA: esclerosis lateral amiotrófica; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; FG: filtrado glomerular; GDS: Global Deterioration Scale; IB: índice de Barthel. (+) En caso de presentar criterios de enfermedad crónica avanzada incluidas en el test NECPAL (anexo 2; accesible también en: <http://mon.uvic.cat/catedra-atencion-cuidados-paliativos/files/2016/02/NECPAL-3.0-2016-ANEXO-ESP.pdf>) se adjudican 2



«LA SALUD DEL ANCIANO SE MIDE EN TÉRMINOS DE FUNCIÓN».

- Paciente mayor no tiene por que ser dependiente .Si lo es, hay que investigar causas y si **son modificables y diseñar plan** de tratamiento.
- **Siempre preguntar por existencia de deterioro funcional** ¿Qué ha cambiado en su desempeño diario ? ¿ Desde cuándo ? ¿ Por qué?

- Reversible y tratable
- Irreversible o no tratable
- No lo se...derivar para estudio ...



- Si no realizamos VGI bien, en especial situación basal, podemos tomar decisiones clínicas inadecuadas!!!

MULTIFACTORIAL

VALORACIÓN EXPRESS MULTIDIMENSIONAL en el paciente urgente-emergente de edad avanzada

Definiendo el plan de actuación urgente más allá de la edad y el motivo de consulta



3D SITUACIÓN BASAL HABITUAL

Deterioro funcional conocido?

Demencia diagnosticada?

Domicilio?

3D Son las tres preguntas iniciales que nos permiten hacer una aproximación rápida a la situación basal del paciente previa a la aparición del motivo de consulta actual.



3D La VGI EXPRES en 4 preguntas clau

3D ENFERMEDAD ACTUAL

Deterioro funcional AGUDO

No deterioro. Presenta su estado habitual.

Deterioro de nueva aparición (días/sem.)

Considerarlo clínica de la enfermedad actual ⚠

DELIRIUM (hiper/Hipo)

Ha observado un cambio agudo en el estado mental del paciente?

No cambios. Presenta su estado habitual.

Presenta alteración (Hiper/Hipoactividad) de nueva aparición (días/sem.)

Considerarlo clínica de la enfermedad actual ⚠



Domicilio?

Dispone de cuidador 24 horas?

Podrá cumplir el tratamiento en caso de alta? ⚠

+

Droga nueva

(añadido, retirada o cambio de dosis)

Puede ser la causa de la enfermedad actual? ⚠

3D+ Son las 4 preguntas dirigidas para averiguar la repercusión global del proceso agudo actual. Por un lado nos permiten detectar la aparición aguda de deterioro funcional y / o de delirium (hiper o hipoactivo). Por otro lado nos ayudan a valorar si el tratamiento planteado es posible a domicilio, y si hay algún cambio de medicación en los días / semanas previas que justifique el cuadro actual.

UPDATE: THE PUBLIC LAUNCH OF THE GERIATRIC 5Ms

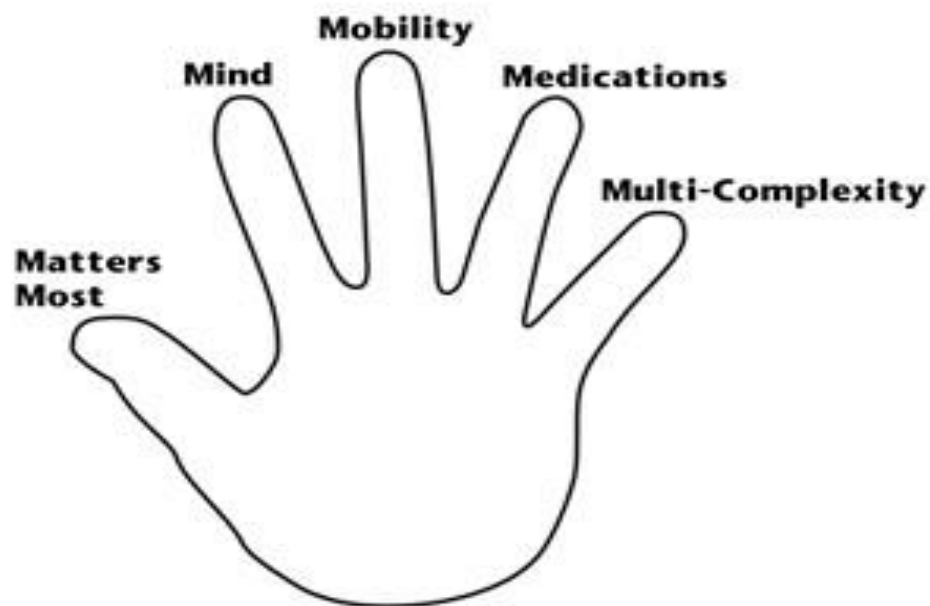
APRIL 28, 2017

On April 21, 2017 Dr. Mary Tinetti gave the Keynote Address at the Canadian Geriatrics Society 37th Annual Scientific Meeting in Toronto, Ontario, Canada. During that address she presented the GERIATRIC 5Ms[®] – a simplified communication framework to describe the core competencies in Geriatrics in a fashion that should be more comprehensible and more memorable to those outside of the field. The GERIATRIC 5Ms[®] are a merging of the 4M framework that had been developed in the United States for use in J.A. Harford Foundation project with the Institute for Health Care Improvement aimed at defining Age Friendly Health Systems with an overlapping and slightly different 4M framework that had been independently developed at the University Ottawa Division of Geriatric Medicine for their Strategic Plan (2015). To review the discussion that led to this merged GERIATRIC 5Ms[®] framework please see the Editor's Response and the Letter to the Editor in the CGS CME Journal Volume 6, Issue 2, December 2016 here. The framework describing core competencies in Geriatric Medicine and Care of the Elderly is shown below:

GERIATRIC 5Ms [®]	
MIND	Mentation, Dementia, Delirium, Depression
MOBILITY	Impaired gait and balance, Fall injury prevention
MEDICATIONS	Polypharmacy, De-prescribing, Optimal prescribing, Adverse medication effects and medication burden
MULTI-COMPLEXITY	Multi-morbidity, Complex bio-psycho-social situations
MATTERS MOST	Each individual's own meaningful health outcome goals and care preferences.

© Frank Molnar & Allen Huang, University of Ottawa; Mary Tinetti, Yale University

Visual of a hand providing an alternative representation of the GERIATRIC 5Ms[®] framework



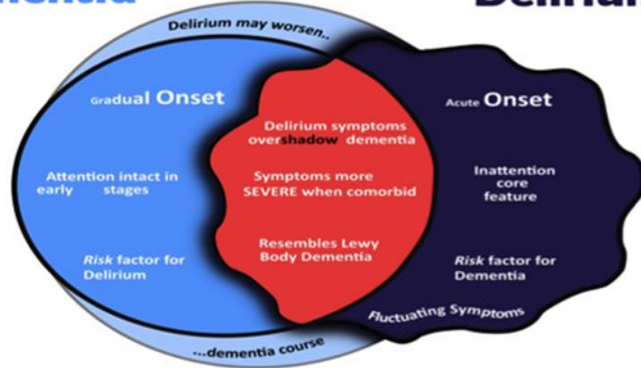
© Frank Molnar & Allen Huang,
University of Ottawa; Mary Tinetti, Yale University

Dr. Frank Molnar, Canadian Geriatrics Society, CME Journal

DELIRIUM V'S DEMENTIA

Dementia

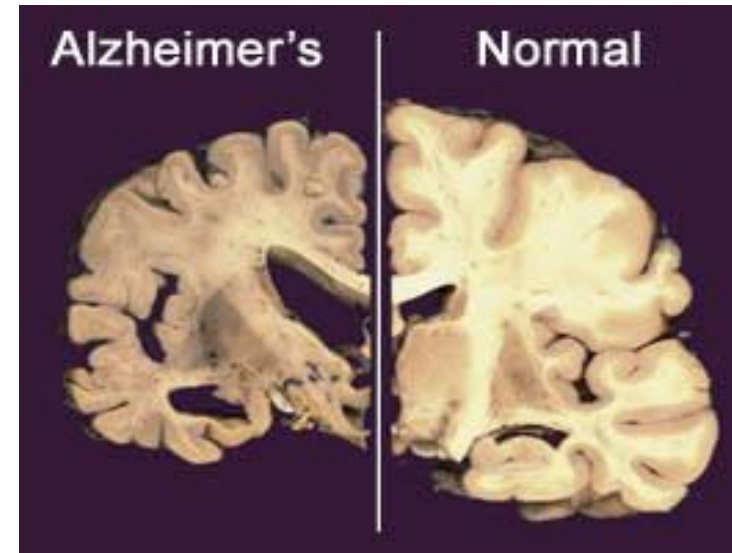
Delirium



Delirium Superimposed on Dementia

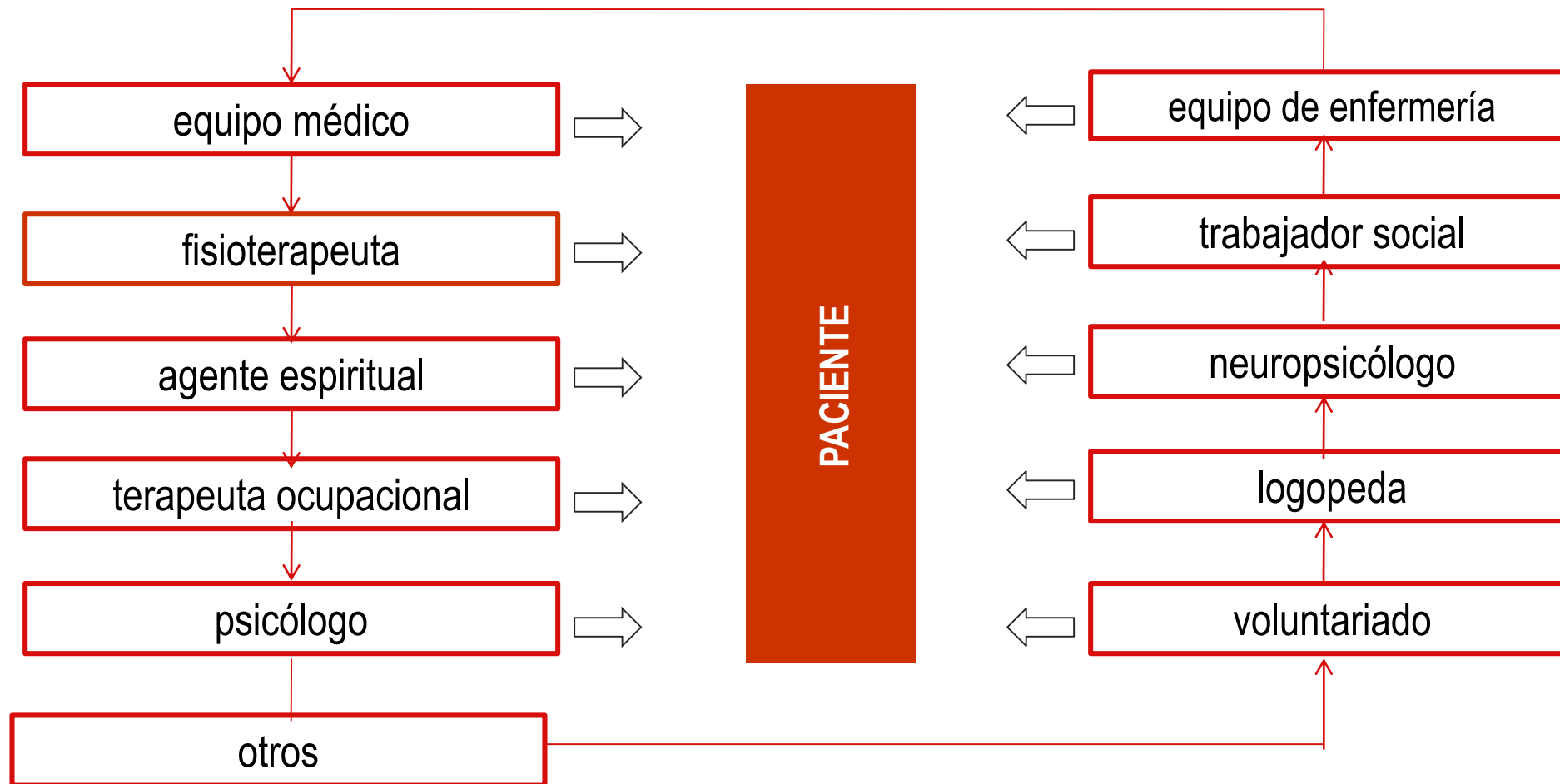
www.DeliriumCareNetwork.com

IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE DEPRESIÓN, DEMENCIA, DLC Y SCA



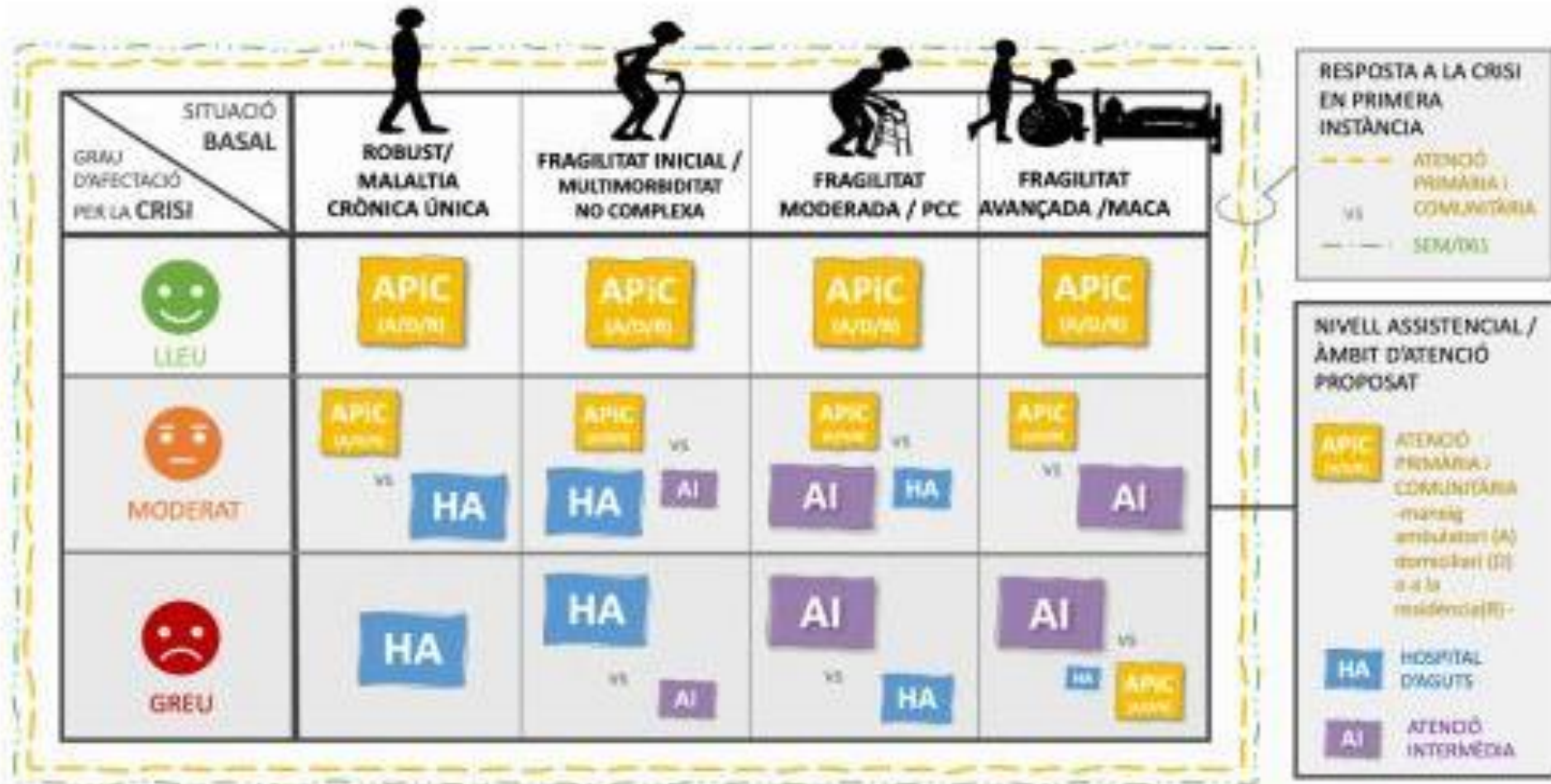
Distintas causas, tratamiento y pronóstico

EQUIPO INTERDISCIPLINAR





HOSPITAL DE ATENCIÓ INTERMEDIÀ (HAI)



PLA D'ACTUACIONS 2024
 per a la **INTEGRACIÓ DE L'ATENCIÓ**
 a les persones grans fràgils,
 amb cronicitat complexa (PCC)
 o avançada (MACA)



Tabla 1. Ubicación del paciente geriátrico según sus necesidades asistenciales (modificada de González Montalvo *et al.* Rev Esp Geriatr Gerontol 1997).

Fase de la enfermedad	Objetivo de los cuidados	Grado de deterioro funcional	Apoyo social	Nivel asistencial
Aguda	Curación o mejoría			UGA
	Cuidados sintomáticos de enfermedad crónica avanzada o terminal		Adecuado	Cuidados de soporte domiciliario
			Inadecuado (o deseo de la familia)	UGA Unidad de cuidados paliativos
Subaguda	Recuperación funcional	Leve	Adecuado	Hospital de día
			Inadecuado	Unidad de recuperación funcional
	Moderado-Grave		Unidad de recuperación funcional	
	Seguimiento clínico y cuidados de enfermería	Leve	Adecuado	Hosp. domiciliaria
		Inadecuado	Unidades de convalecencia	
	Moderado-Grave		Unidades de convalecencia	
Crónica	Mantenimiento y soporte	Leve		Centro de día
		Moderado	Adecuado	Centro de día; Ay. social domiciliaria
			Inadecuado	Residencia
	Grave		Residencia	
	Asistencia sanitaria	Leve		Consulta externa
		Moderado-Grave	Adecuado	AGD
	Inadecuado		Unidad larga estancia	

UGA: Unidad Geriátrica Agudos; AGD: Asistencia Geriátrica Domiciliaria.

Para la clasificación del deterioro funcional en leve, moderado y severo se pueden utilizar de manera orientativa los puntos de corte de algunas escalas (p.e. Índice de Barthel >60; 40-60 y menor de 40 respectivamente) o bien de manera cualitativa: leve- necesidad ocasional de una persona para autocuidado o movilidad; moderada- ayuda continua de 1 persona para estas actividades; y grave- ayuda de 2 personas para actividades de autocuidado o movilidad.

Dispositivos Atención Intermedia

➤ RECURSOS DE HOSPITALIZACIÓN DE ATENCIÓN INTERMEDIA CON INGRESO HOSPITALARIO:

- Unidad de recuperación funcional (“ume”)
- Unidad de subagudos
- Unidad de psicogeriatría
- Unidad de cuidados continuados (“Conva”)
- Unidad de cuidados paliativos

➤ RECURSOS AMBULATORIOS

- Hospital de día geriátrico
- CEX (¿Dónde?)

➤ RECURSOS DOMICILIARIOS

- Hospitalización a domicilio de AI
- Equipos de soporte de atención domiciliaria. GRT Y ESAD
- Equipos de soporte a residencias??

Hospitales de atención intermedia

Hospital Joan March (102)



Hospital Sant Joan de Deu Inca (50)



Hospital Sant Joan de Deu Palma (135)



Centre d'Atenció Intermèdia Ca na Majora (30)



Hospital General de Mallorca (91)



Evidencia de Atención intermedia

- Menor mortalidad
- Menos visitas a urgencias
- Menos reingresos
- Mejoría funcional
- Disminución de institucionalización.

MODELS OF GERIATRIC CARE,
QUALITY IMPROVEMENT, AND
PROGRAM DISSEMINATION

1995 a 2015
92 estudios

Impact of Transitional Care Services for Chronically Ill Older Patients: A Systematic Evidence Review

Mélanie Le Berre, MSc, PT,* Geva Maimon, PhD,* Nadia Sonrial, MSc,* Muriel Guérton, MBSI,* and Isabelle Vedel, MD, MPH, PhD*

JAGS 65:1597-1608, 2017



BMJ

RESEARCH

Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials

Stefan Bachmann, Robert Bosch Foundation postdoctoral research fellow in geriatrics,^{1*} Christoph Fegert, doctoral student,² Arif Khan, assistant professor in environmental epidemiology,^{3*} Matthias Eggert, professor of epidemiology and public health,^{4*} Andreas E. Stark, professor of geriatrics,⁵ Yoni M. O'Quinn Ger, senior research fellow in epidemiology and geriatrics^{6*}

Cochrane Library

Cochrane Database of Systematic Reviews

Organised inpatient (stroke unit) care for stroke (Review)

Stroke Unit Trialists' Collaboration



PROYECTOS 2025... Y MÁS

Adecuar distintas situaciones de enfermedad y nivel asistencial correspondiente

CCEE GERIATRÍA

- Onco-hematología
- Onco-urología
- Geriatria convencional
- *Derivación desde urgencias*
- *Derivación desde AP*
- *Especializada en demencias*
- *Especializada en caídas*

HOSPITALIZACIÓN

- Unidad de agudos/subagudos
- Unidad de media estancia
 - Convalecencia
 - NeuroRHB
 - Ortogeriatria
 - Recuperación funcional
 - RESC
- Unidad Cuidados Paliativos Complejos

UNIDAD DE SOPORTE HOSPITALARIO GERIÁTRICA

HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO DE ATENCIÓN INTERMEDIA (HAD-AI)

HOSPITAL DE DIA DE GERIATRIA



SON LLÀTZER | JOAN MARCH

S E C T O R M I G J O R N



Unidades hospitalización HJM

PROGRAMAS O LINEAS ASISTENCIALES

1 -UNIDAD CUIDADOS PALIATIVOS/ ESH CP



2- UNIDAD DE AGUDOS/ SUBAGUDOS



Unidades hospitalización AI HJM

PROGRAMAS O LINEAS ASISTENCIALES

- **Descripción:** Dirigida a diagnóstico y tratamiento paciente "anciano" con enfermedad aguda o descompensación de enfermedad crónica ,o paciente frágil con riesgo de discapacidad y/o patología mental asociada.
 - ❑ Pérdida de función al ingreso, especialmente aquellos con discapacidad previa leve . *Potencial de recuperación funcional.*
 - ❑ Alta comorbilidad, pluripatología, polifarmacia. Otros síndromes geriátricos.
- **Indicadores**
- **Procedencia:** Domicilio (PCA tras gestión EGC/061), CEX o urgencias.
- **Población diana o criterios ingreso** .Ejemplos.
- **Criterios exclusión** : Cuidados intensivos o técnicas diagnósticas o terapéuticas específicas, posibilidad de tratamiento qx,etc.

PROCEDENCIA DE PACIENTES .PRINCIPALES CAUSAS INGRESO UGA/SUBAGUDOS AI

Tabla 1

Resultados de hospitalización según los 10 grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) más frecuentes

GRD-N (entre paréntesis % del total)	Estancia media	Pérdida funcional alta	Mortalidad intrahospitalaria	Mortalidad a los 3 meses postalta	Mortalidad al año del alta
541 neumonía simple y otros trast. respiratorios exc. bronquitis y asma con CC mayor - 186 (16,2%)	9,99 (9,08-10,90)	8,25 (5,65-10,85)	12,9 (7,82-17,99)	31,7 (24,76-38,68)	48,9 (41,47-56,38)
544 ICC y arritmia cardiaca con CC mayor - 119 (10,4%)	11,10 (9,68-12,52)	12,25 (8,14-16,37)	10,1 (4,25-15,91)	29,4 (18,85-42,02)	45,4 (36,01-54,74)
127 insuficiencia cardiaca y shock - 76 (6,6%)	9,93 (7,81-12,06)	8,42 (4,64-12,19)	6,6 (2,17-14,69)	10,5 (2,97-18,08)	30,3 (19,27-41,25)
569 trast. de riñón y tracto urinario excepto insuficiencia renal con CC mayor - 69 (6,00%)	9,47 (8,15-10,64)	7,97 (4,38-11,55)	8,7 (1,32-16,07)	30,4 (20,80-38,02)	58 (45,60-70,34)
533 otros trast. sistema nervioso exc. AT, convulsiones y cefalea con CC mayor - 55 (4,8%)	13,05 (10,74-15,87)	33,97 (25,59-42,36)	21,8 (9,99-33,64)	40 (26,14-53,86)	60 (46,14-73,86)
540 infecciones e inflamaciones respiratorias excepto neumonía simple con CC mayor - 54 (4,7%)	10,07 (7,98-12,17)	4,04 (0,10-8,07)	31,5 (11,17-44,80)	57,4 (43,29-71,52)	70,9 (57,27-83,48)
14 ictus con infarto - 53 (4,6%)	10,04 (7,87-11,37)	36,14 (26,36-45,91)	5,7 (1,18-15,66)	18,9 (7,39-30,35)	32,1 (18,57-45,56)
87 edema pulmonar e insuficiencia respiratoria - 51 (4,5%)	8,94 (7,77-10,15)	7,24 (3,10-11,39)	5,9 (1,23-16,24)	15,7 (4,72-26,65)	29,4 (15,93-42,90)
320 infecciones de riñón y tracto urinario edad > 17 con CC - 38 (3,3%)	7,05 (5,90-8,21)	7,32 (0,28-14,37)	0 (0-9,25)	5,3 (0,64-17,75)	18,4 (4,78-32,06)
89 neumonía simple y pleuritis edad > 17 con CC - 35 (3,1%)	10,09 (8,54-11,64)	10,50 (3,93-17,07)	0 (0-10,00)	11,4 (3,20-26,74)	28,6 (12,18-44,97)

Datos expresados en media para estancia media y pérdida funcional y porcentajes para mortalidad, en ambos casos con sus intervalos de confianza al 95%.

Pérdida funcional al alta = (I. Barthel previo al ingreso-I. Barthel al alta).

- ACV y s.confusional.
- Neumonía y reagudización de broncopatías crónicas.
- ICC y Arritmias.
- Complicaciones de enfermedades previas graves, habitualmente incapacitantes (deshidratación, i.Renal, descompensaciones metabólicas, etc.) .ITU.
- Algunos síndromes geriátricos cuyo estudio no puede realizarse ambulatoriamente (inmovilismo no filiado, caídas a repetición, etc.),

ORIGINAL/Sección Clínica

Valor pronóstico del diagnóstico principal en ancianos ingresados en una unidad geriátrica de agudos al alta y al año

Juan J. Baztán Cortés ^{a,*}, Beatriz Perdomo Ramírez ^a, Alberto Socorro García ^a, Fernando Álvarez de Abajo ^b e Isidoro Ruipérez Cantero ^a

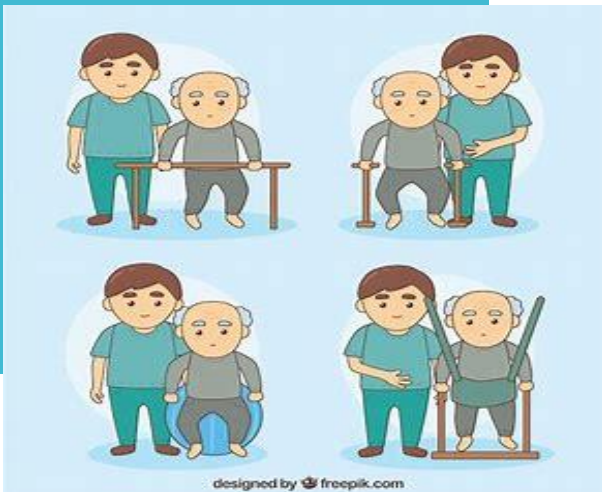
^a Servicio de Geriatría, Hospital Central Cruz Roja San José y Santa Adela, Madrid, España

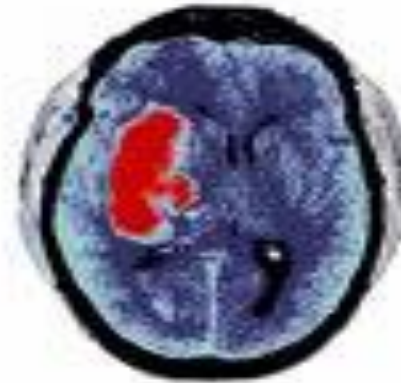
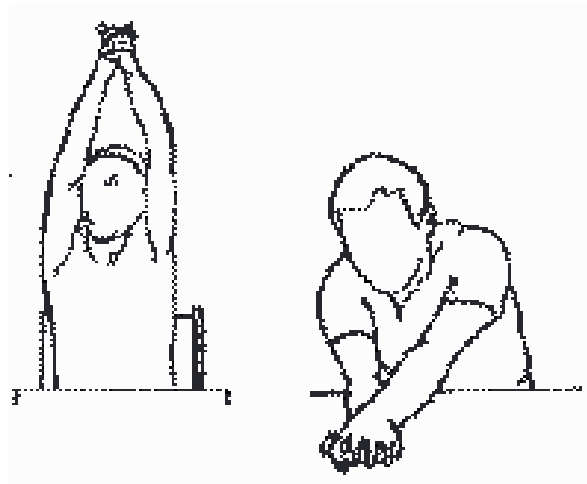
^b Control de Gestión, Hospital Central Cruz Roja San José y Santa Adela, Madrid, España

Unidades hospitalización AI HJM

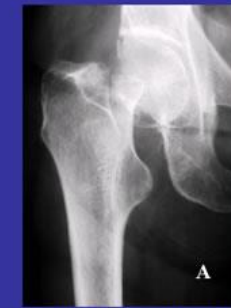
3- UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA:.

- ❑ Procedencia HJM: UGC HSLL y otros hospitales terciarios de la isla.
- ❑ Recursos .Tipos , criterios e indicadores:
 - ❑ *Unidad de ME- convalecencia o de continuidad de cuidados:* Dirigida a pacientes con problemas médicos o quirúrgicos agudos sobrepasados que precisan por un tiempo superior cuidados médicos y de enfermería que no pueden proporcionarse de forma ambulatoria. **Ej.**
 - ❑ *Unidad ME -recuperación funcional:*
 - **Neuro-GRT:** Pacientes con Ictus superada la fase aguda u otras enfermedades neurológicas
 - **Recuperación funcional general:** Descompensación de patología médica ya estudiada que ocasiona inmovilismo reversible
 - **Ortogeriatria:** (Fractura de cadera en fase de recuperación. Fracturas vertebrales, otras cirugías ortoprotésicas)
 - **RESC**





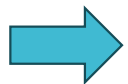
Fractura del Cuello Femoral Desplazada



Mujer, 75 años de edad

DE: 85 años. Fem.

Reemplazo Protésico



Deterioro funcional “reciente, potencialmente reversible”. **Recuperar** la función perdida O **adaptar a facilitar adaptación psicosocial a nueva situación de dependencia.**



Fin de reintegrar al anciano en su medio con la mejor calidad de vida posible.





Unidades ambulatorias Al HJM

1. Consulta externa general convencional de Geriatria.VGI
A futuro Consulta externa monográfica Deterioro cognitivo y caídas

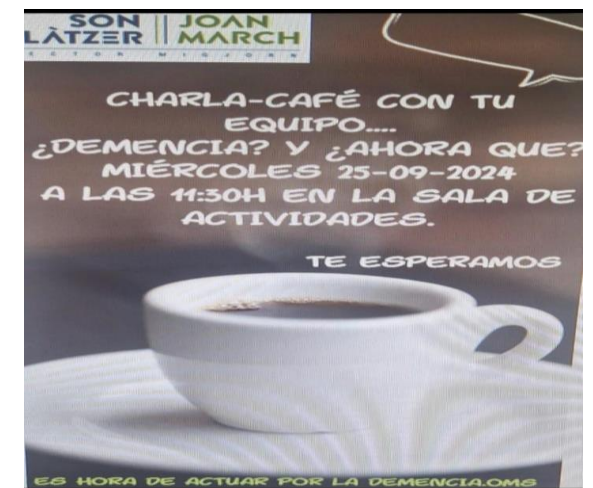
1. Consulta Oncogeriatria.:URO en HJM y Hemato en HSLL.
2. CEX Neumologia RESC
3. CEX especialistas HSLL: Psiquiatría, Reuma, Neurología, Psicología.
4. CEX enfermería: RESC, Geriatria, UPP....
5. ECG
6. RHB ambulatoria



**PACIENTES
CANDIDATOS O
POBLACIÓN DIANA
CEX GERIATRÍA .**

**Mayores de 75 años
con.....**

- 1.- Diagnóstico diferencial trastornos cognitivos-anímicos
(Deterioro cognitivo a estudio, Demencia con trastorno conductual de difícil control, SCA repetidos.Trastorno anímico difícil control.)
- 2.-Trastornos de la marcha y equilibrio, caídas,..susceptible estudio y tratamiento. Patología con necesidad de recuperación funcional.
- 3.- Deterioro funcional rápido o intenso reciente que no presenta situación de urgencia pero si precisa intervención precoz.
- 4.- Pacientes que precisen valoración para orientar ingreso en otros niveles asistenciales.
- 5.- Paciente geriátrico.
Paciente frágil o de alto riesgo (criterios ?).
Fragilidad clínica o social.



**PACIENTES
CANDIDATOS O
POBLACIÓN DIANA
CEX GERIATRÍA .**

**Mayores de 75 años
con.....**

- 6.- Pluripatología-comorbilidad múltiple y polifarmacia.
- 7.- Presencia dos o más síndromes geriátricos o manifestaciones atípicas.
- 8.- Consejo UPP o úlceras de otra etiología con mala evolución
- 9.- Pacientes en seguimiento por múltiples especialistas y fragilidad.
“Asistencia fragmentada de los ancianos “crónicos” es causa frecuente de yatrogenia (múltiples profesionales, independientes unos de otros). Institute of Medicine, 2001; Rothman & Wagner, 2003”
10. Pacientes con reingresos frecuentes o frecuentación importante de urgencias o primaria.
- 11.- Pacientes **de menos edad** que la referida pero similares necesidad de cuidados, siempre que no se pueda asegurar su tratamiento por otras estructuras existentes.

Proyecto unidades futuras

- ✓ Programa de neuro –rhb.
- ✓ Hospital de día de GRT.
- ✓ Equipo Interconsultor de Valoración geriátrica o de soporte hospitalario de geriatría
- ✓ Consulta rápida de referencia para pacientes procedentes de **urgencias** .
- ✓ **Ampliación Cex**
- ✓ Atención domiciliaria coordinada con **atención primaria**. Consulta especializada de GRT en atención primaria
- ✓ Hospitalización a domicilio de atención intermedia



HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO

Valoración integral multidisciplinar

Procedimiento médicos y enfermeros

Recuperación funcional o prevención

Educación sanitaria



EVIDENCIA DE ASISTENCIA GERIATRICA

EFFECTIVIDAD Y EFICIENCIA DE LA
ATENCIÓN ESPECIALIZADA AL
PACIENTE MAYOR.
REVISIÓN SISTEMÁTICA

PI05/90212

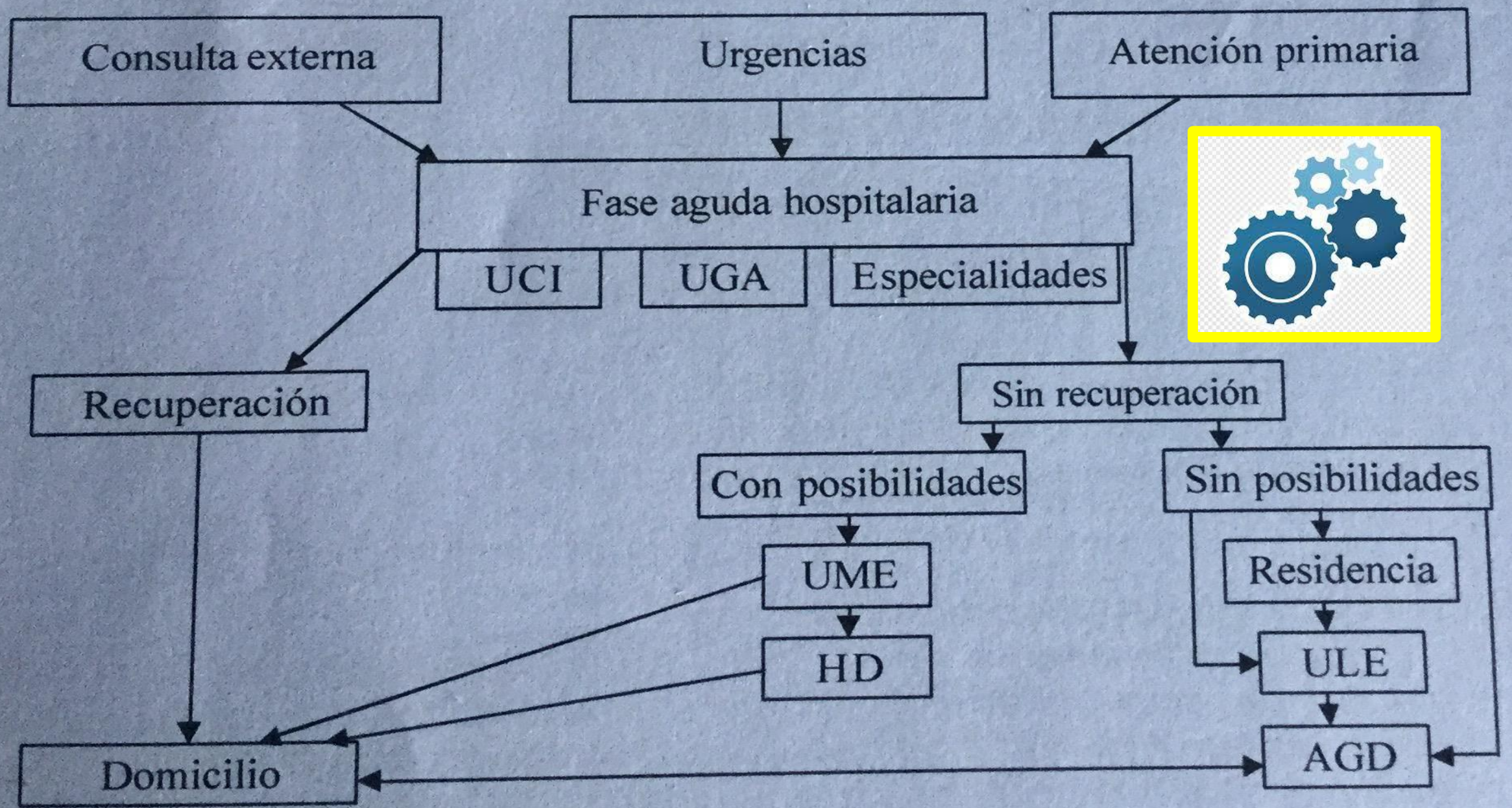
JM López-Arrieta, FM Suárez, JJ

Tabla 1.3 Nivel de evidencia de las diferentes intervenciones geriátricas especializadas y grado de recomendación para su implantación

Nivel de Intervención	Tipos de Estudios	Autonomía Funcional	Reducción Institucionalización	Super-vivencia	Reducción Estancia/ Costes	Grado de Recomendación
Valoración Preventiva Ambulatoria	4 MA	+	+	+	?	IIA
INTRAHOSPITALARIA:						
- Unidad Geriátrica de Agudos	2MA; ECA	+	+	+/=	+	I
- Equipo Consultor		=	=	=	=	III
- Unidades Ortogeriatría Agudos	2MA 2MA	+	+	+	+	I
- U. Recuperación Funcional	3MA	+	+	+/=	=	I
AMBULATORIO:						
- Hospital de Día	1MA	+	+/=	=	=/-	IIA
- Atención Geriátrica Domiciliaria:						
• Seguimiento Precoz Postalta	1MA,3 ECA	=	+	=	+	IIA
• Rehabilitación Domiciliaria	1 MA	+	+/=	=	+/=	IIA
• Hospitalización Domiciliaria	1MA;5 ECA	=	=	=	+/?	IIB
• Cuidados de Soporte Domiciliario	2MA	=	+	=	+/=	IIA

MA: meta-análisis; ECA: Ensayo clínico aleatorizado

Menor mortalidad, menor pérdida de autonomía, menor institucionalización, menor estancia, menos reingresos





REVISIÓN

Marco conceptual y perspectiva histórica de la atención intermedia

Elena Romero Pisonero^{a,b,*}, Alicia Calle Egusquiza^{b,c}, Ingrid Bullich Marin^{d,e},
Luis Tejedor López^{b,f}, Carlos Gala Serra^{b,g}, Ainhoa Esteve Arrien^{b,h},
Blanca Garmendia Prieto^{b,i} y Sebastià J. Santaegúenia González^{b,j}

^a Hospital la Fuenfria, Madrid, España

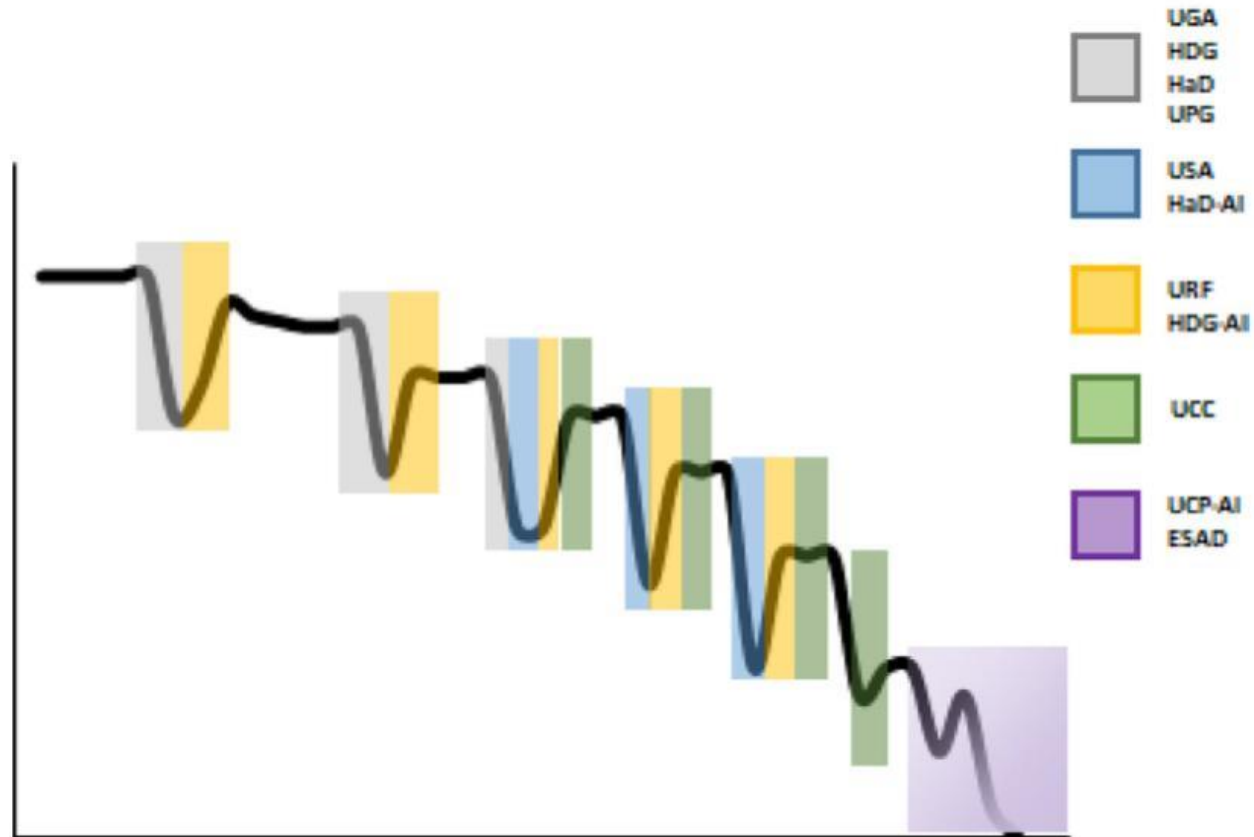


Figura 2. Dispositivos de Atención Aguda y Atención Intermedia integrados en la trayectoria vital de la multimorbilidad.

UGA: Unidad de Geriátría de Agudos; HDG: Hospital de Día de Geriátría; HaD: Hospitalización a Domicilio; UPG: Unidad de Psicogeriatría; USA: Unidad de Subagudos; URF: Unidad de Recuperación Funcional; HDG-AI: Hospital de Día de Geriátría de AI; UCC: Unidad de Cuidados Continuos; UCP: Unidad de Cuidados Paliativos de AI; ESAD: Equipo Soporte Domiciliario Paliativos.



ACTIVIDAD DOCENTE 2024. INVESTIGACION

➤ ESTUDIANTES:

- Enfermería
- TCAE
- Trabajo social
- Fisioterapia
- Medicina (5º y 6º)

➤ MIR: Rotaciones obligatorias/electivas

- Medicina de familia
- Oncología
- Otros

➤ EIR: Enfermería comunitaria

- FIR
- PIR

➤ MEDICOS ESPECIALISTAS: MFyC. Urgencias

➤ EGC comunitaria

GERIATRIA

PALIATIVOS

FARMACIA

RADIOLOGIA



Universitat
de les Illes Balears



COORDINACIÓN EFECTIVA DE LA ACTIVIDAD TERCER SECTOR





13^a JORNADA MUNDIAL POR LA PREVENCIÓN DE LAS UPP

21 de noviembre de 2024



GNEATU



University Hospitals of North Mid

TALLER DE DISFÀGIA OROFARÍNGIA



EL PAPER DE LA LOGOPÈDIA EN LA DISFÀGIA OROFARÍNGIA. TÈCNICQUES I ESTRATÈGIES DES D'UNA MIRADA TRANSDICIPLINAR

CONSULTA DE DISFÀGIA DE ORL DE HUSLL



12 Diciembre 12:00 A 13:30H SALA DE ACTIVIDADES

#DIAMUNDIALDISFAGIA

SON LLÀTZER | JOAN MARCH SECTOR BILZERS



PREVENTING DECONDITIONING AND ENABLING INDEPENDENCE FOR OLDER PEOPLE IN HOSPITAL

Older people in hospital can be more at risk of:

- Reduced bone mass and muscle strength
- Problems with blood pressure control
- Reduced mobility
- Confusion due to changes in environment
- Dehydration

When an older person comes to hospital... and lies in bed, it can affect their wellbeing and physical function.

THIS IS KNOWN AS "DECONDITIONING"

- Increased risk of falls due to muscle weakness
- Increased confusion or disorientation
- Further immobility due to inactivity

Constipation and incontinence

Lying in bed can affect appetite and digestion

Increased risk of breathing problems leading to pneumonia

This is often made worse by multiple medications, sensory impairment, dementia and current illness.

YOUR MUSCLES / YOUR STRENGTH / YOUR ABILITIES - USE THEM OR LOSE THEM

Prolonged bed rest in older people can lead to substantial loss of muscle strength and physical activity

Assess

- A Comprehensive Geriatric Assessment should be completed to determine normal capabilities
- A risk assessment should be completed
- Glasses and hearing aids should be accessible

Support

- Are there appropriate mobility aids available
- Walking to the toilet helps to prepare for going home
- Sitting out of bed helps (when possible)

Encourage

- Feed or take fluids independently
- Wash and dress independently
- Keep moving arms and legs even in a bed or chair

Thinking about how to support and encourage movement helps to:

- Reduce the risk of harm from falls, infection, clots and delirium
- Reduce length of stay in hospital
- Reduce the likelihood of having an increase in future care needs

Sit up... Get dressed... Keep moving...



HOW MANY TIMES DO YOUR PATIENTS WALK DURING THEIR DAY IN HOSPITAL?

#endRJparalysis



Delirium

WDAD 2022



¿Què he de saber per atendre millor els meus pacients?

¿Què és?



Síndrome clínica caracteritzada per una alteració FLUCTUANT en el nivell de consciència que apareix, de forma BRUSCA, associant INATENCIÓ, PENSAMENT DESORGANITZAT i altres alteracions cognitives i sensorceptives. És produït per una causa ORGÀNICA.

- Afecta a:
- 25% de pacients mèdics.
 - 50% de pacients quirúrgics.
 - 75% de pacients de UCI/Ciutats Palliatives
- Augmenta la mortalitat, el deteriorament funcional i cognitiu, l'estada mitjana hospitalària i la institucionalització

Impacte



Factors de risc



- Edat avançada
- Antecedents de deteriorament cognitiu/demència o Delirium previ
- Deteriorament funcional/institucionalització
- Comorbiditat
- Polifarmàcia
- Cirurgia
- Deprivació sensorial

4AT



CONSCIÈNCIA (0-4 punts)
 ORIENTACIÓ (0-2 punts)
 ATENCIÓ (0-2 punts)
 AGUT I FLUCTUANT (0-4 punts)

4 punts o mes: possible Delirium

Mesures no farmacològiques



- Reorientació en temps (rellotge, calendaris)
- Fomentar l'acompanyament familiar
- Assegurar la hidratació diària.
- Evitar estrenyiment. Comprovar què d'orina.
- Tractament precoç de les infeccions
- Mobilització el més aviat possible, n
- Evitar l'excés de descans diürn per a
- Si utilitza ulleres, audíofons i/o dent
- Bona il·luminació de l'habitació, evita
- sorolls, així com excés de visites.
- Evitar les contencions i restriccions.

- El més important és la prevenció amb estratègies no farmacològiques ja que no hi ha fàrmacs eficaços per al tractament.
- Identificar i corregir la causa orgànica que estigui originant/perpetuant el delirium.
- REVALUACIÓ DIÀRIA. EVITAR BENZODIAZEPINES llevat que ja les prenguéss abans.
- Els fàrmacs només s'han de fer servir en casos d'agitació severa, en la mínima dosi eficaç i durada < 1 setmana.
- ANTIPISSICÒTICS a dosis baixes:
 - Atípics: quetiapina 25mg, risperidona 0,25mg.
 - Típics: haloperidol 0,5-1 mg (no a E.Parkinson ni C.Lewy).
- Seguiment a l'alta: cribratge de deteriorament cognitiu.

Recorda que el Delirium és

WEDNESDAY, 12 MARCH 2025

WORLD DELIRIUM AWARENESS DAY

Clear Minds: Raising Delirium Awareness

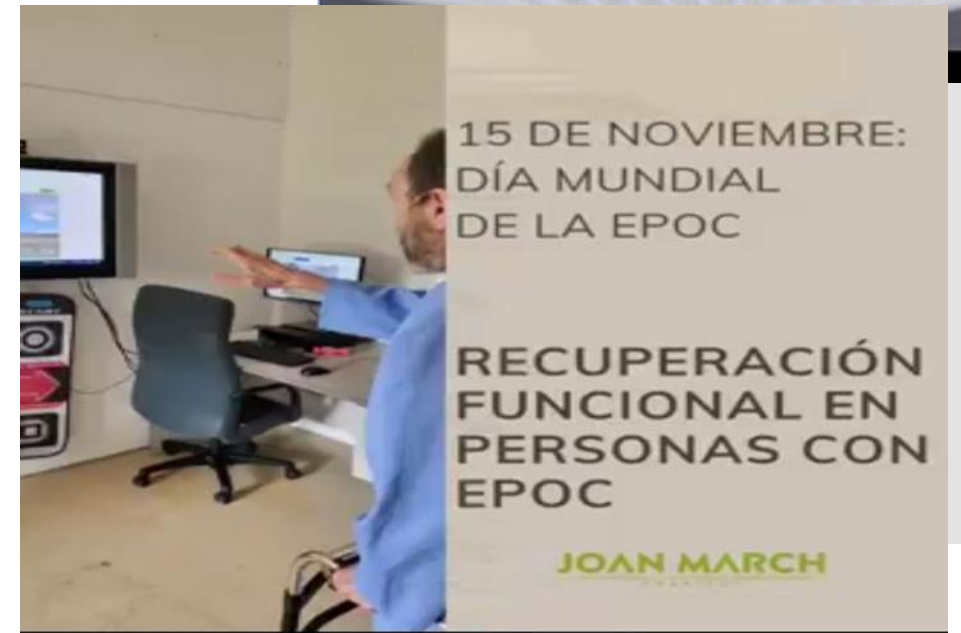


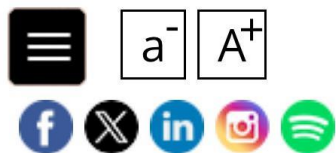
WWW.DELIRIUMDAY.COM

SON LÄTZER | JOAN MARCH

CHARLA-CAFÉ CON TU EQUIPO....
 ¿DEMENCIA? Y ¿AHORA QUE?
 MIÉRCOLES 25-09-2024
 A LAS 11:30H EN LA SALA DE ACTIVIDADES.

TE ESPERAMOS





INICIAR SESIÓN | REGÍSTRATE

AGENDA |

GRUPOS DE TRABAJO DE ATENCIÓN INTERMEDIA

Atención intermedia

- Infograma El puente es Atención Inte... 89 KB
- Infografía El puente entre el hospit... 257 KB

Grupos de trabajo



Sociedad Española de Geriatria y Gerontología

Cómo se atiende a los pacientes?

Mediante una valoración integral e individualizada que incluye:

- Aspectos clínicos
- Aspectos funcionales
- Aspectos cognitivos o psicológicos
- Aspectos sociales

Mediante un equipo multidisciplinar compuesto por:

- Médicos geriatras
- Enfermería especializada
- Neuropsicólogos
- Fisioterapeutas
- Terapeutas ocupacionales
- Logopedas
- Nutricionistas
- Farmacéuticos
- Trabajadores sociales, etc.

La atención intermedia te cuida en el camino

Sociedad Española de Geriatria y Gerontología

ATENCIÓN INTERMEDIA

El puente entre el hospital y tu casa

GRUPO DE AI SEGG

Qué es la Atención Intermedia (AI)

- Es el conjunto de recursos existentes entre la atención hospitalaria y la atención primaria.
- Incluye dispositivos de hospitalización, domiciliarios y ambulatorios.
- Facilita la continuidad y la seguridad en la asistencia sanitaria de las personas.
- Son recursos que se utilizan por un tiempo limitado.
- Hasta ahora se llamaba atención "socioasistencial"

A quién va dirigida?

A personas mayores que necesitan una atención completa y coordinada de sus problemas de salud.

En qué se basa?

En una valoración y atención integral realizada por médicos especialistas en Geriatria.

Para qué sirve?

Para facilitar la recuperación después de un ingreso en un hospital de agudos, prevenir reingresos y maximizar la calidad de vida, entre otros aspectos.

Qué dispositivos tiene la AI?

1-De hospitalización

- Unidades de subagudos
- Unidades de media estancia, convalecencia o de recuperación funcional
- Unidades de cuidados paliativos
- Unidades de Psicogeriatria
- Unidades de cuidados continuados o de larga estancia

2-Ambulatorios

- Hospital de día geriátrico

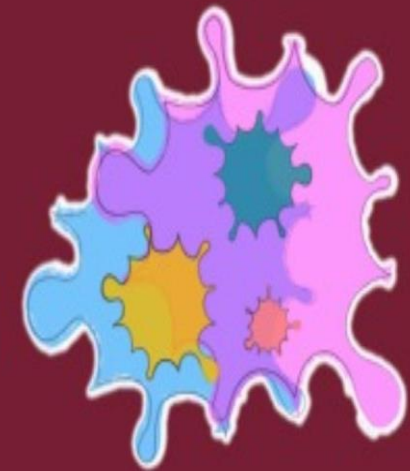
3-Domiciliarios

- Hospitalización a domicilio
- Equipos de soporte de atención domiciliaria

Consens d'escals i eines per a la valoració multidimensional de les persones a Catalunya



PLA D'ACTUACIONS 2024 per a la INTEGRACIÓ DE L'ATENCIÓ a les persones grans fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA)



RECURSOS

El C3RG ofereix gratuïtament recursos formatius i divulgatius sobre cronicitat



<https://www.c3rg.com/clipscomplexitat>

CLIPS sobre COMPLEXITAT

"Històries de l'avi Ton"

COMPLEXITAT:

Conceptes generals i model d'atenció



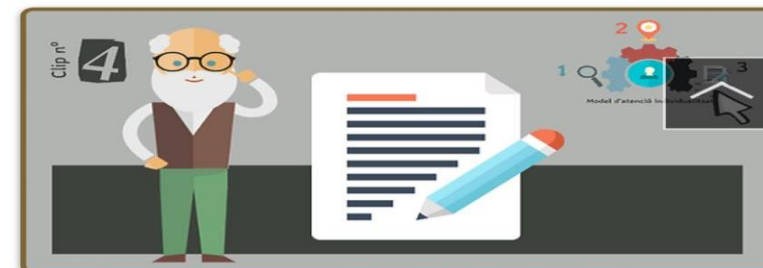
DIAGNÒSTIC SITUACIONAL:
segona etapa del model d'atenció individualitzat



IDENTIFICACIÓ / CRIBRATGE POBLACIONAL:
primera etapa del model d'atenció individualitzat



PLA D'ATENCIÓ:
tercera etapa del model d'atenció individualitzat



“ Al: Alternativa eficaz y necesaria, tanto para el paciente como para el sistema sanitario en su conjunto”

“ Al: un modelo centrado en la persona, con el foco en la funcionalidad, mas alla de la pura enfermedad, que mejora la calidad asistencial incluso con un coste menor” o





- Gran parte de la incapacidad puede ser prevenida y la dependencia puede reducirse al mínimo.
- La secuencia de enfermedad, incapacidad y dependencia en la última etapa de la vida no es una fatalidad, sino que puede ser revertida.



“CURAR ALGUNAS VECES, MEJORAR CON FRECUENCIA, CUIDAR SIEMPRE.” Anónimo, s.XVI.



IDEAS COLABORACION



GRACIAS!!!