Generalitat de Catalunya

Reptes sobre la Seguretat dels Pacients en l'àmbit Sociosanitari i Residencial

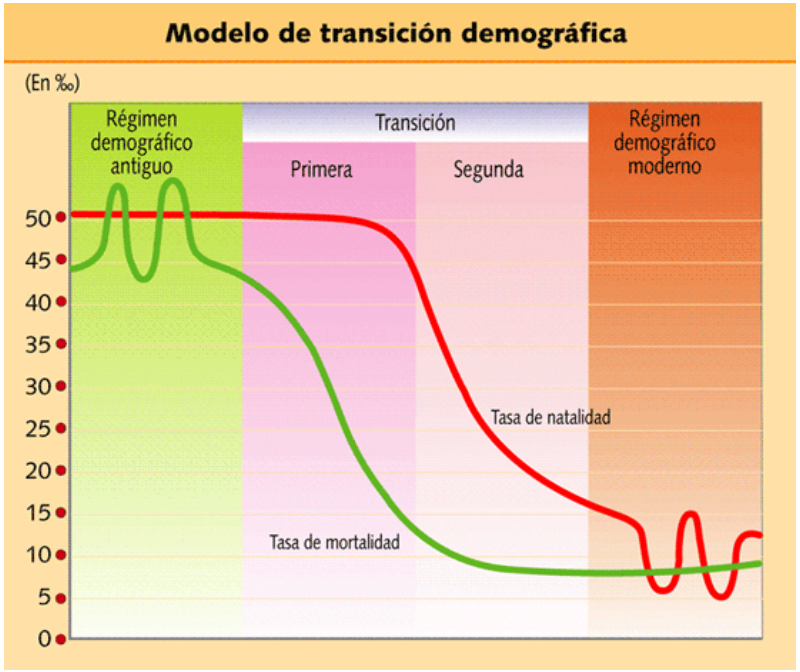
ACSP Associació Catalana Seguretat dels Pacients

Seguretat de pacient a l'àmbit sociosanitari i residencial

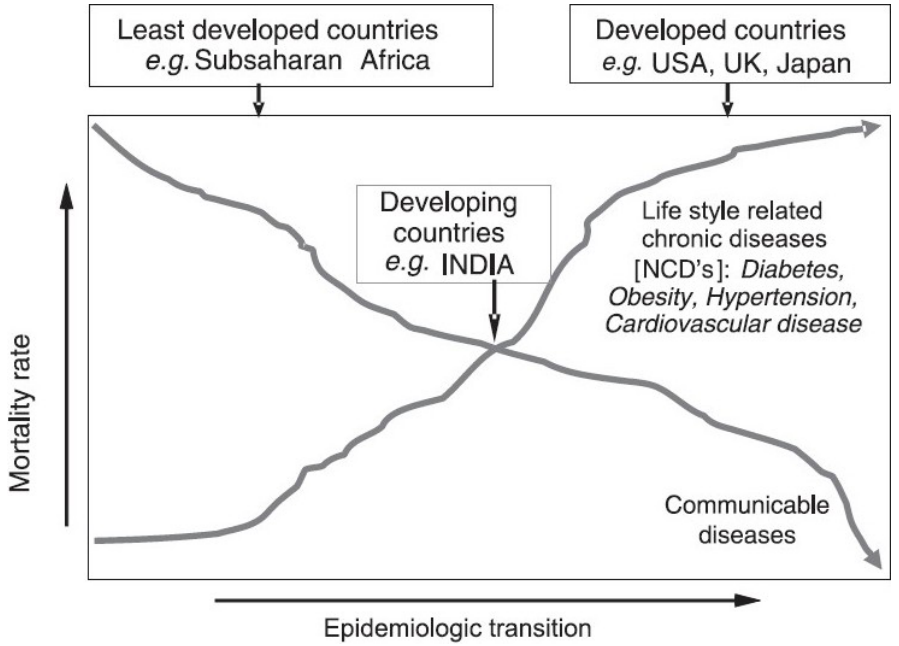
1. La cronicitat, la complexitat i la Seguretat de pacient – on està l'evidencia?
2. Sociosanitari, parlem del mateix?
3. Residències, es el perfil actual el mateix?
4. Estudi EARCAS: veritablement es el que necessitem?
5. Complexitat i perfil dels pacients a centres sociosanitaris i residencials
6. Les persones grans, les síndromes geriàtriques com a EA

PROVISIONAL

Dos fenòmens clau…



Transició demográfica



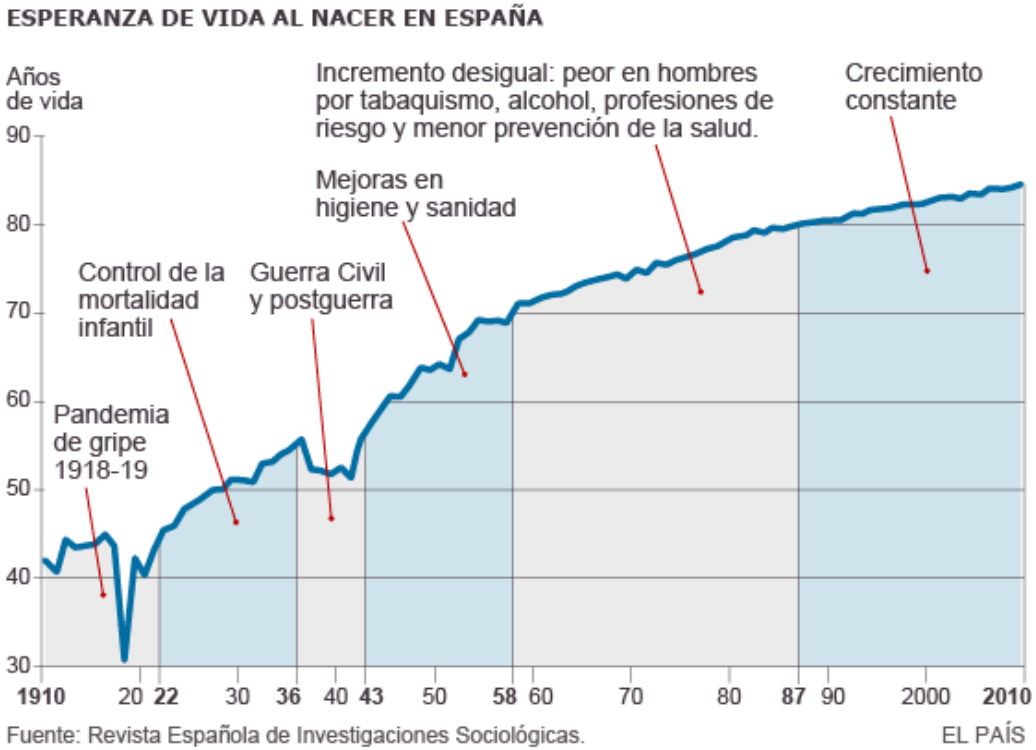
Transició epidemiològica

Transició demogràfica

1. Procés de ruptura en la continuïtat del curs del moviment de la població, que explica pas de nivells alts de mortalitat i fecunditat a baixos.

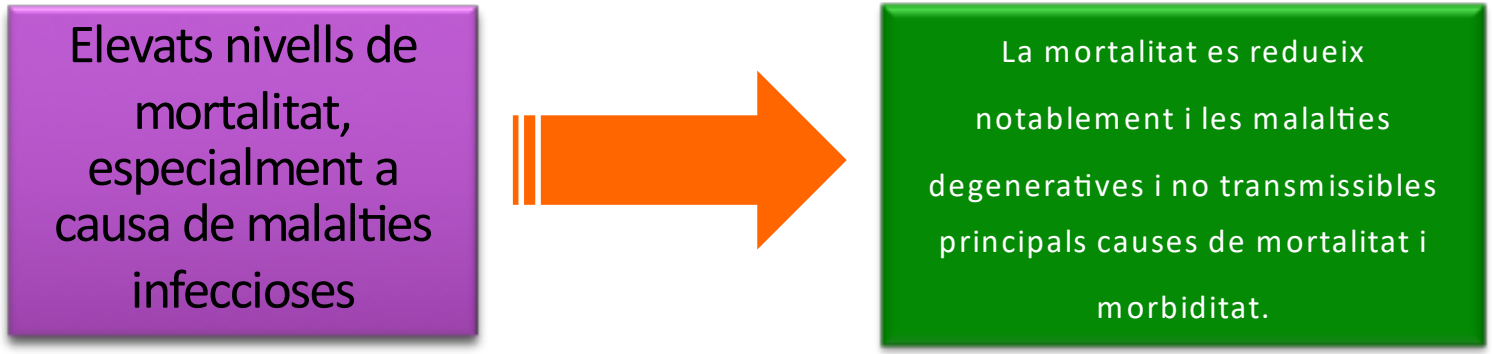
2. Transició demogràfica postula l'existència d'una ruptura històrica en les dinàmiques poblacionals.

3. Inici finals segle XVIII culmina segle XX

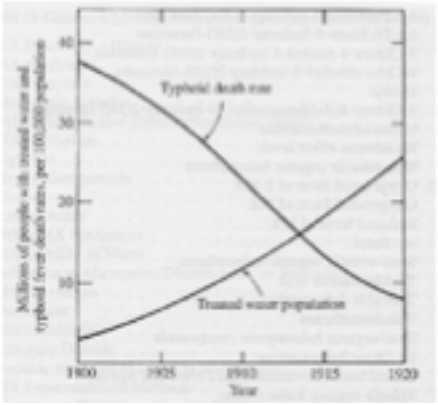


Transició epidemiològica

- La Transició epidemiològica, procés a llarg termini del canvi de les condicions de salut en una població, inclosos els canvis en els patrons de malaltia, invalidesa i mort.
- Sorgeix de forma paral·lela a la transició demogràfica



Impacte decisions a Transició Epidemiològica



World Health Organization

William Henry Beveridge

Generalitat de Catalunya

CAUSES DE MORTALITAT A ESPANYA

Abans del s. XX

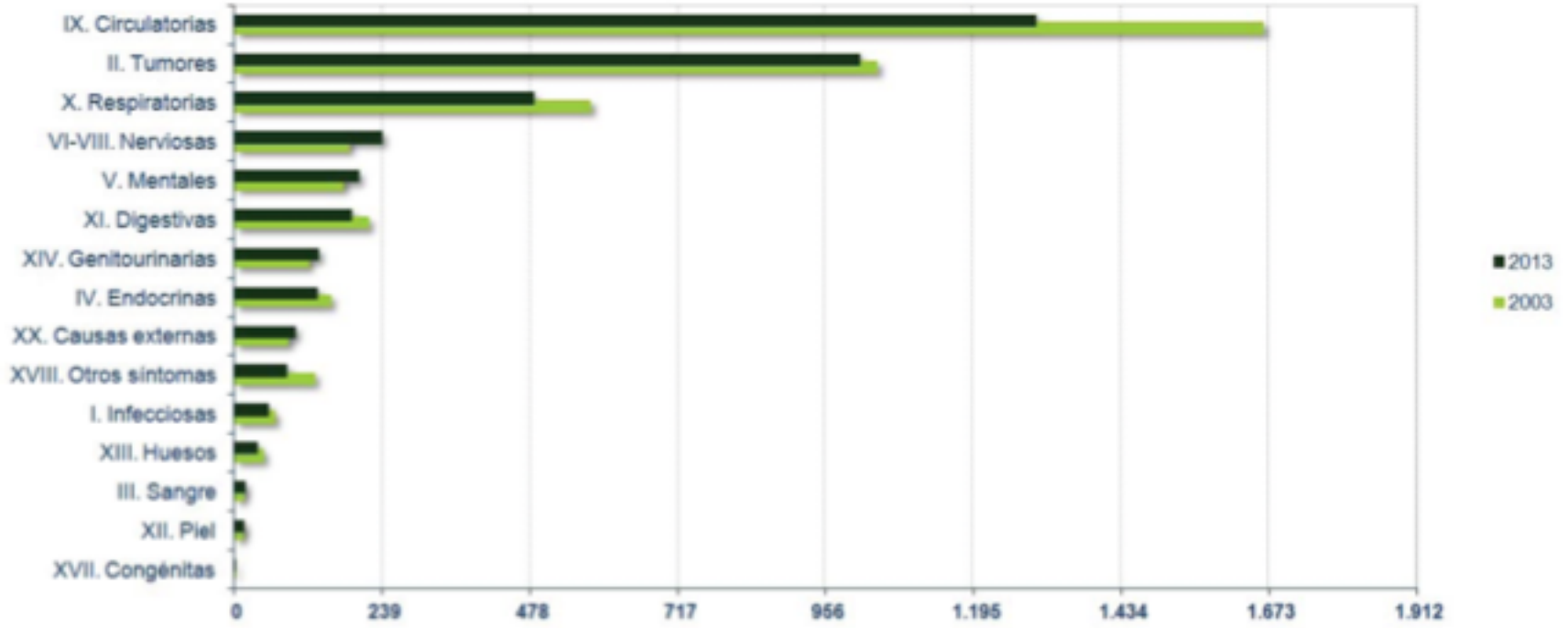
- Pneumònia i grip
- Diarrea i altres
- TBC
- Malalties del cor
- Malalties del ronyó
- Accidents (laborals)
- Càncer
- Mort perinatal (part/puerperi)

Posterior al s. XX

- Malalties del cor
- Càncer
- Lesions cerebrals
- Malalties del pulmó
- Accidents (circulació)
- ...

Causes de mort a Espanya

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



Generalitat de Catalunya

Les malaltties cròniques i el seu impacte

Chronic Diseases: Chronic Diseases and Development 1

Raising the priority of preventing chronic diseases: a political process

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

Published Online
November 11, 2010
DOI:10.1016/S0140-6736(10)61414-6

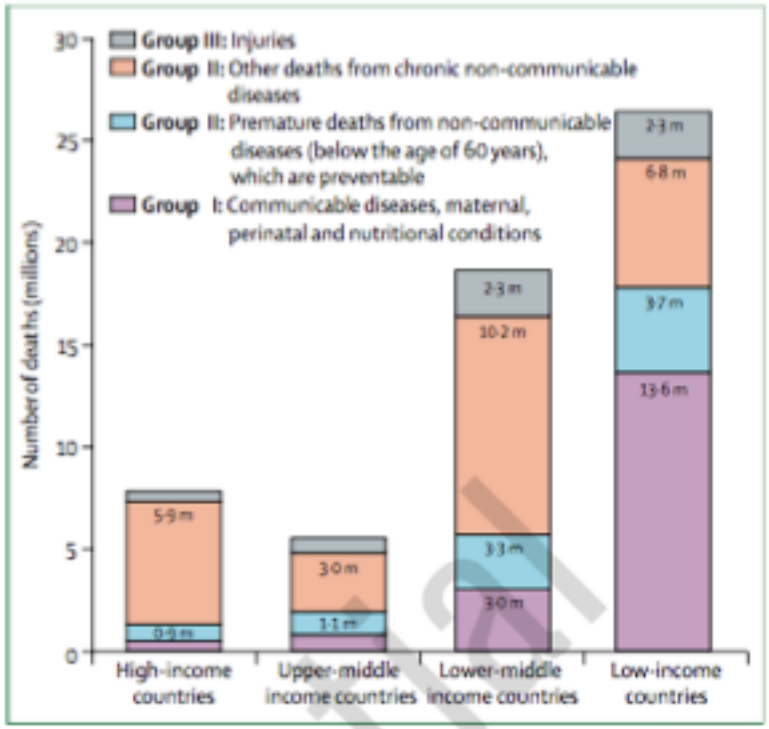


Figure 1: Total number of deaths in the world in 2004[20]

Key messages

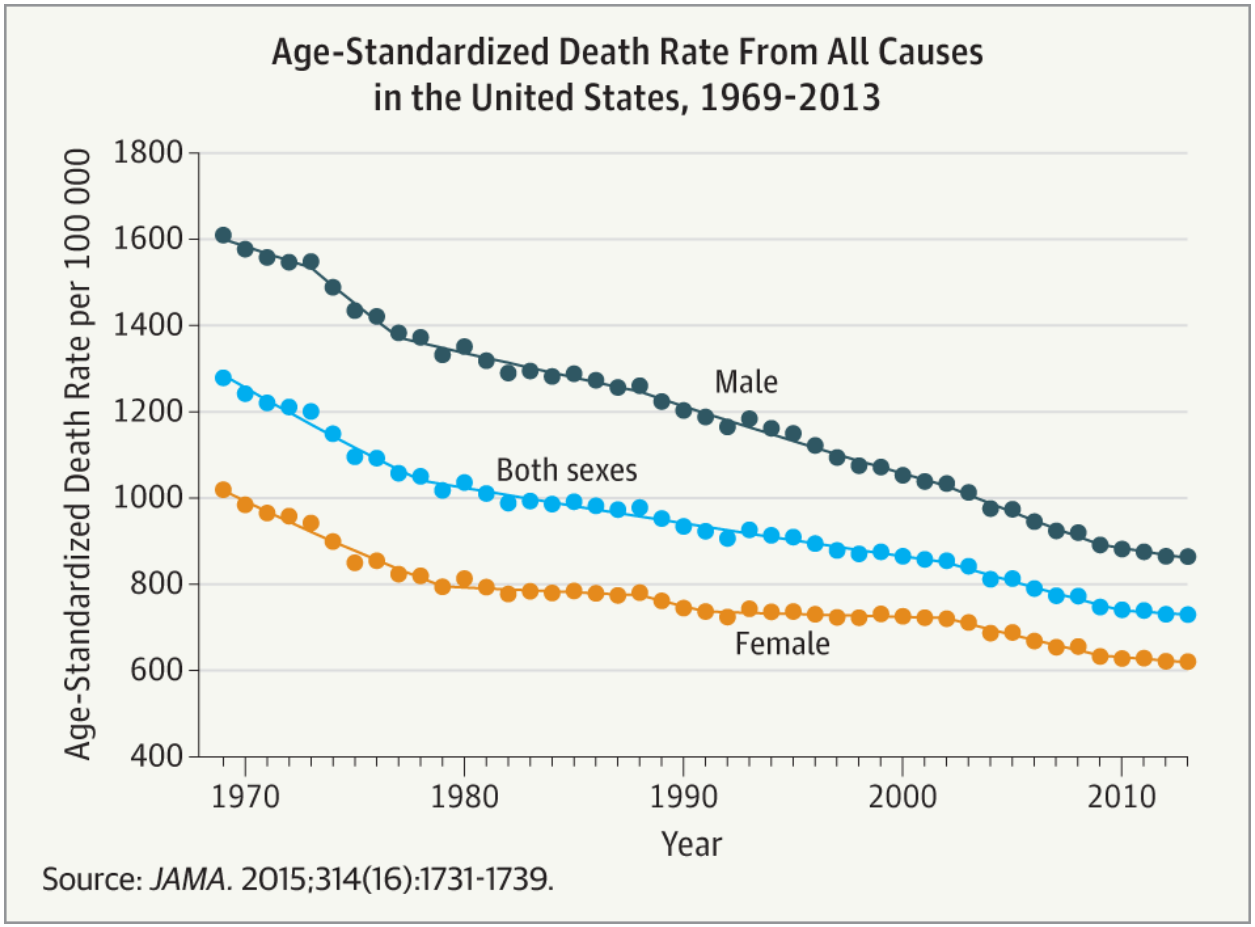
- Chronic diseases substantially contribute to the global burden of disease but they remain neglected globally, especially in low-income and middle-income countries
- Global economic and social policies are driving the chronic disease pandemic
- Human development programmes must include action against 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

Evolució de la mortalitat

JAMA PATIENT PAGE | Public Health

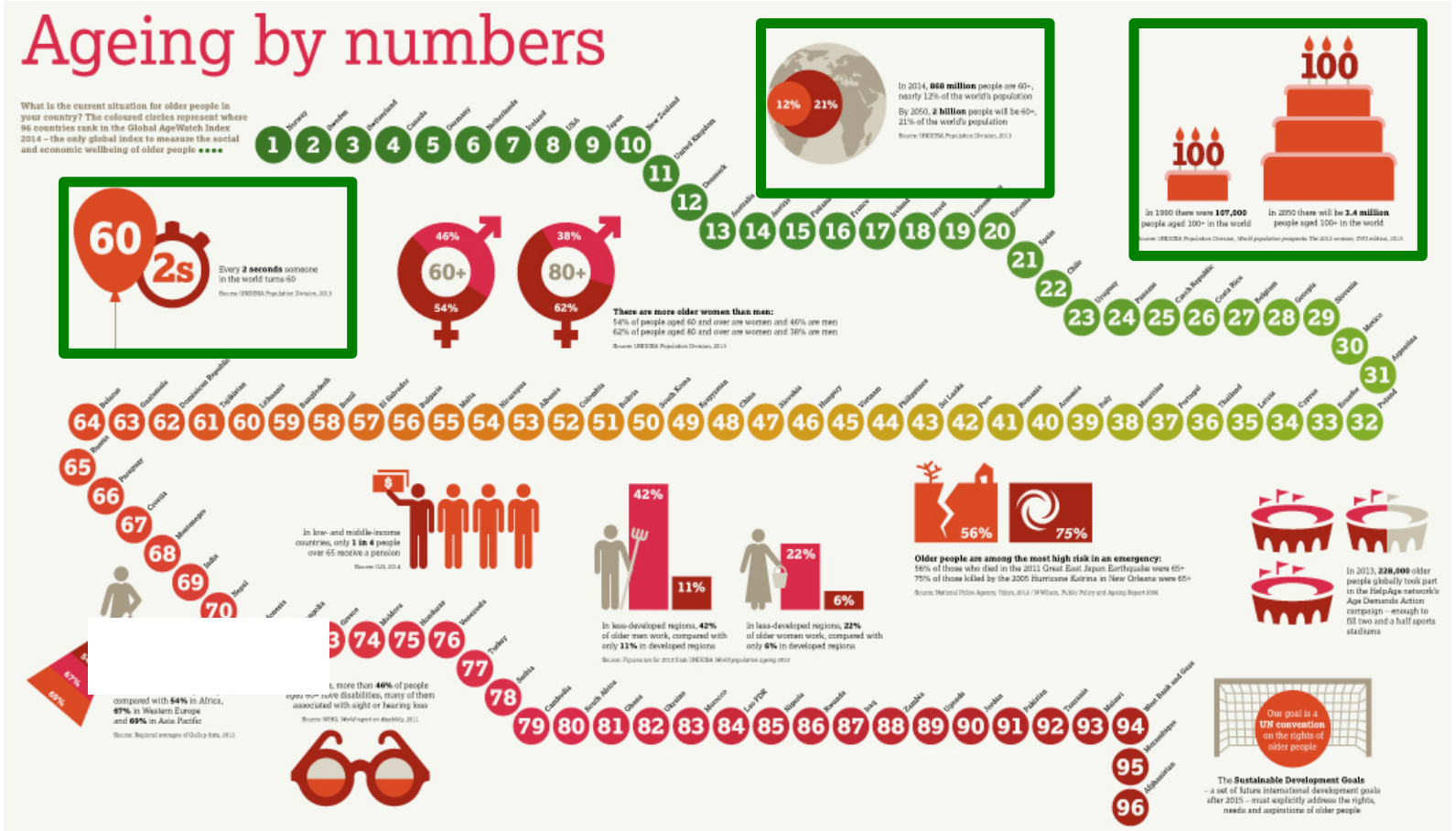
Death in the United States: Changes From 1969 to 2013

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



Generalitat de Catalunya

Envelliment poblacional

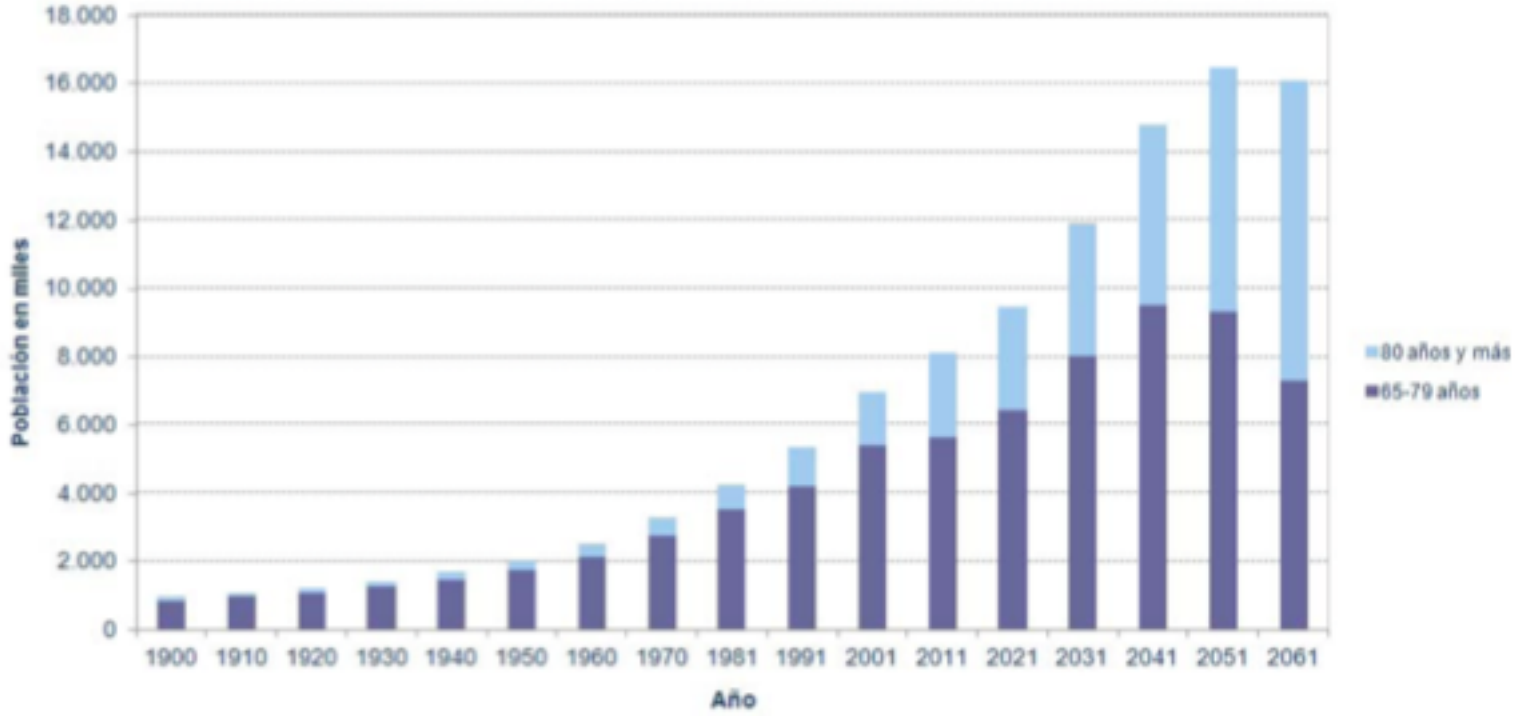


Generalitat de Catalunya

Envelliment poblacional

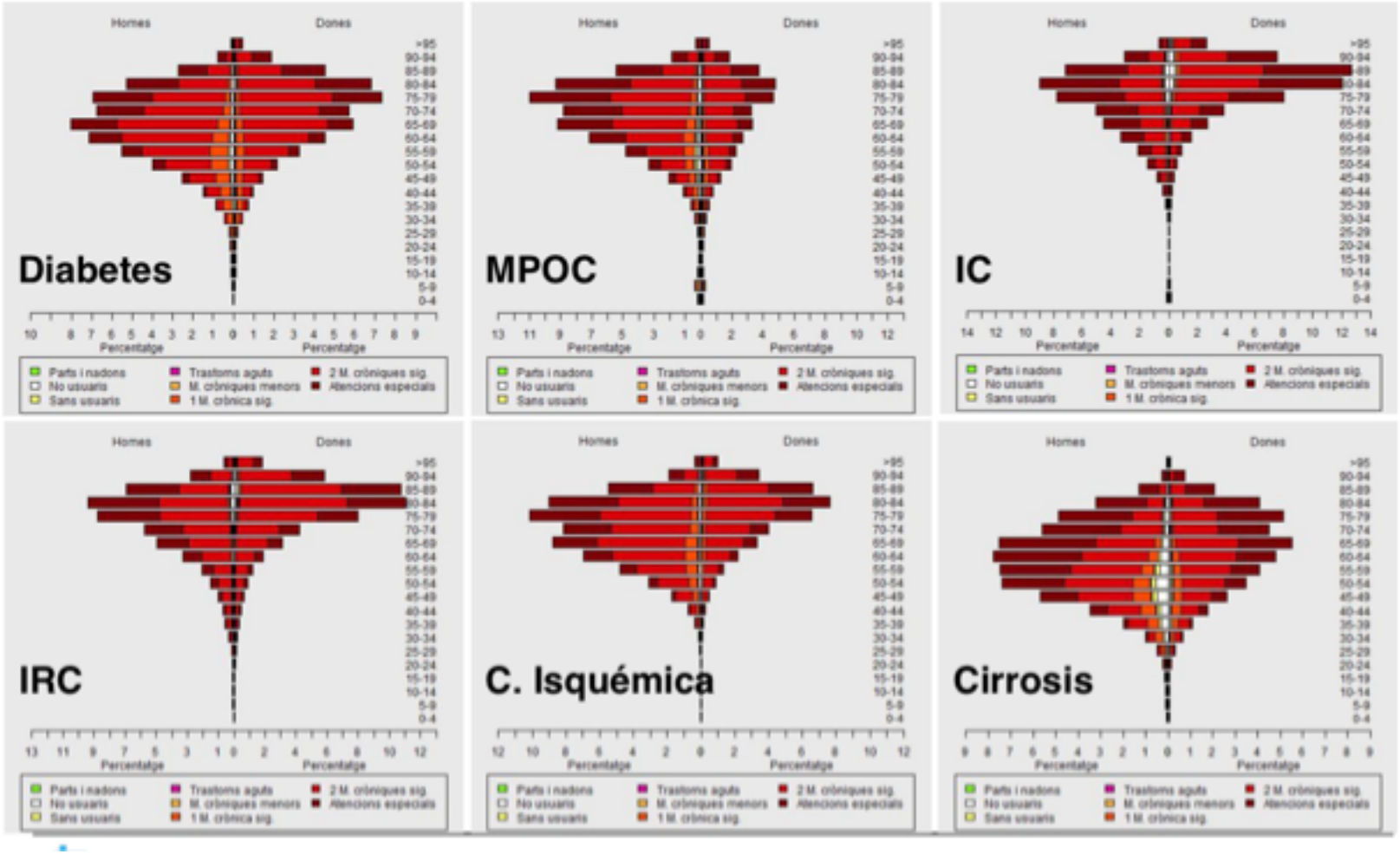
Un perfil de las personas mayores en España, 2016
Indicadores estadísticos básicos

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



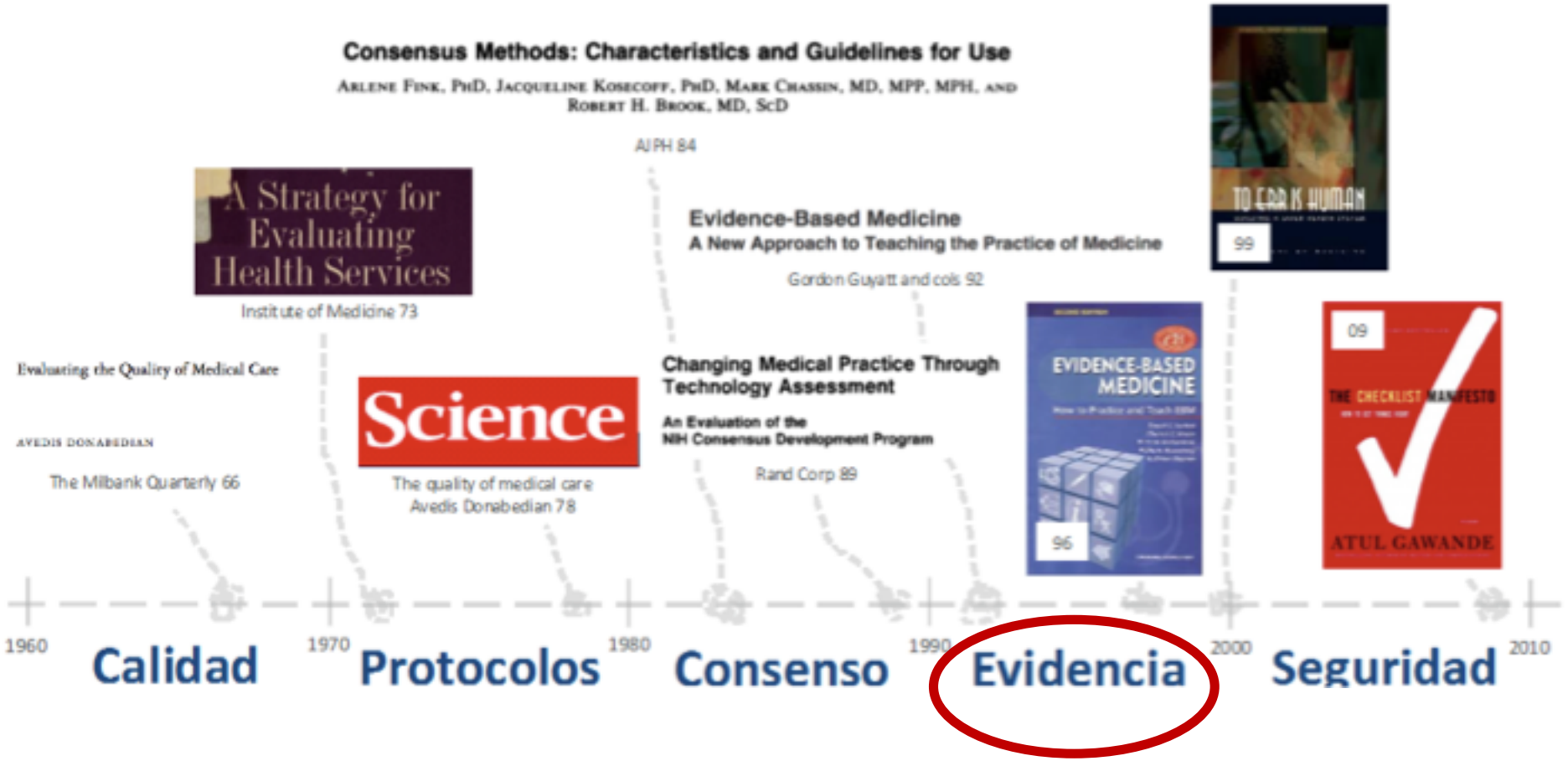
Generalitat de Catalunya

La cronicitat i Edat



Generalitat de Catalunya

Instruments per a la gestió clínica… Estem limitats?



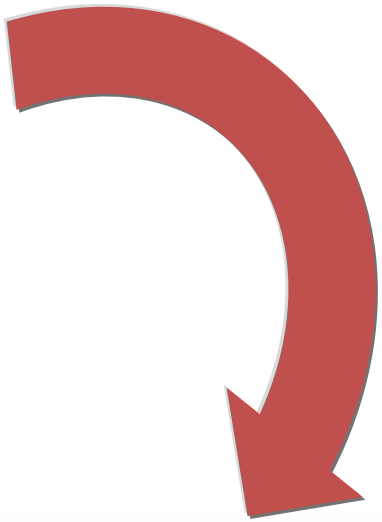
Generalitat de Catalunya

Adaptat de J. Varela. Avances en Gestión clínica

EVOLUCIONAR DE MALALTIA A MULTIMORBIDITAT …

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

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



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:e5205 doi: 10.1136/bmj.e5205 (Published 3 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 practice*[1], Hassan Soubhi *adjunct professor of family medicine*[2], Martin Fortin *professor of family medicine*[2], Catherine Hudon *associate professor of family medicine*[2], Tom O'Dowd *professor of general practice*[3]

Generalitat de Catalunya

… I AVANÇANT CAP A L'ATENCIÓ A LA COMPLEXITAT

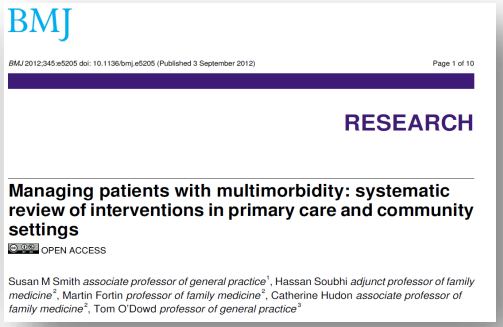
BMJ

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:e5205 doi: 10.1136/bmj.e5205 (Published 3 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 practice*[1], Hassan Soubhi *adjunct professor of family medicine*[2], Martin Fortin *professor of family medicine*[2], Catherine Hudon *associate professor of family medicine*[2], Tom O'Dowd *professor of general practice*[3]

NICE National Institute for Health and Care Excellence

NICE Pathways

NICE ya elabora guías y rutas asistenciales para personas con necesidades de atención sanitaria y social

Social care for older people with multiple long-term conditions overview

NICE Pathways bring together all NICE guidance, quality standards and other NICE information on a specific topic.

NICE Pathways are interactive and designed to be used online. They are updated regularly as new NICE guidance is published. To view the latest version of this pathway see:

http://pathways.nice.org.uk/pathways/social-care-for-older-people-with-multiple-long-term-conditions

Pathway last updated: 12 November 2015 https://www.nice.org.uk/guidance/ng22

nuffieldtrust

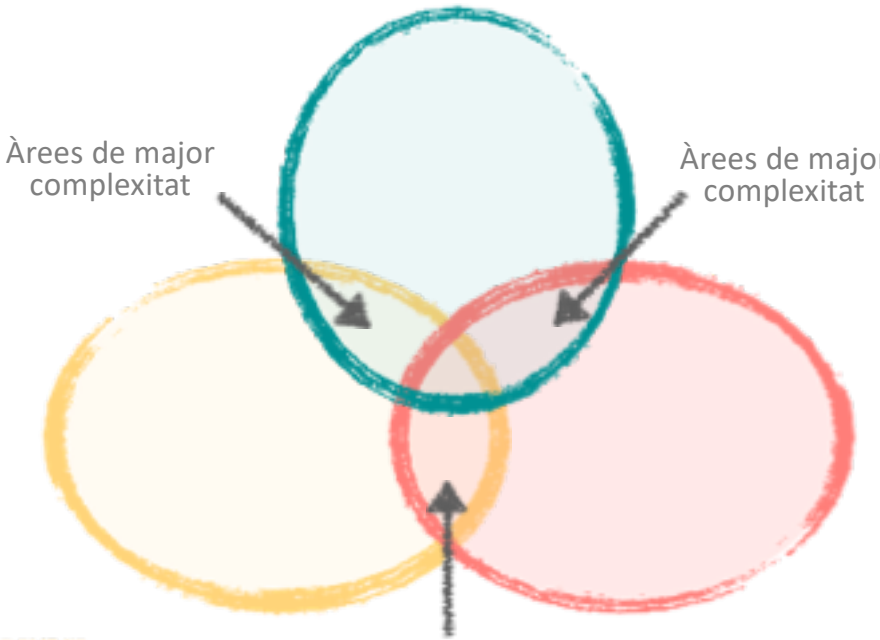
Developing care for a changing population: supporting patients with costly, complex needs

Discussion paper

Generalitat de Catalunya

Complexitat

"COMPLEXITAT CLÍNICA"



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

"COMPLEXITAT DE SISTEMA ASSISTENCIAL"

"COMPLEXITAT SOCIAL"

Generalitat de Catalunya

Per què la complexitat és complexa?

Difícil de definir/mesurar

Difícil de resoldre

- **Difícil de definir**: La complexitat comença per la pròpia definició de complexitat
- **Naturalesa difusa** (sense límits clars) **i dinàmica** (sovint canviant i imprevisible)
- Orígen **multifactorial** / interrelació entre variables i problemes
- **Les solucions** no són correctes o incorrectes; *com a molt poden ser millors o pitjors.*
- Requereix de la participació de **múltiples agents** per intentar afrontar-los
- Cada **nou intent** per afrontar la complexitat **importa** *-aprenem a mesura que avançem; avancem a mesura que aprenem-.*

Generalitat de Catalunya

De l'evidència a les preferències...

Perspective

MARCH 1, 2012

Goal-Oriented Patient Care — An Alternative Health Outcomes Paradigm

David B. Reuben, M.D., and Mary E. Tinetti, M.D.

Comparison of Traditional Disease-Specific and Goal-Oriented Outcomes.*

Measurement Domain	Examples of Diseases	Traditional Outcomes	Goal-Oriented Outcomes
Survival	Cancer, heart failure	Overall, disease-specific, and disease-free survival	None if survival not a high-priority goal; survival until personal milestones are met (e.g., grandchild's wedding)
Biomarkers	Diabetes, COPD	Change in indicators of disease activity (e.g., glycated hemoglobin level, CRP level, and pulmonary-function tests)	None (not a meaningful outcome observed or felt by patient)
Signs and symptoms	Heart failure, COPD, arthritis	Inventory of disease-specific signs and symptoms (e.g., dyspnea, edema, and back pain)	Symptoms that have been identified as important by the patient (e.g., control of dyspnea or pain sufficient to perform an activity such as bowling or walking grandchild to school)
Functional status, including mobility	Cancer, heart failure, COPD	Usually none or disease-specific (e.g., Karnofsky score, NYHA functional classification, and 6-minute walk test)	Ability to complete or compensate for inability to complete specific tasks identified as important by the patient (e.g., ability to get dressed without help)

* COPD denotes chronic obstructive pulmonary disease, CRP C-reactive protein, and NYHA New York Heart Association.

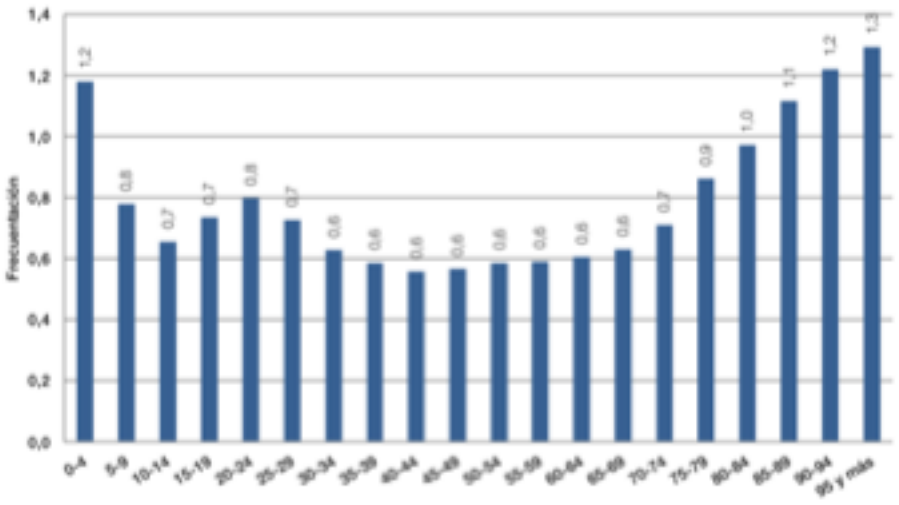
De l'evidència a les preferències... (II)

De la medicina basada en l'evidència als valors i preferències dels pacients

Generalitat de Catalunya

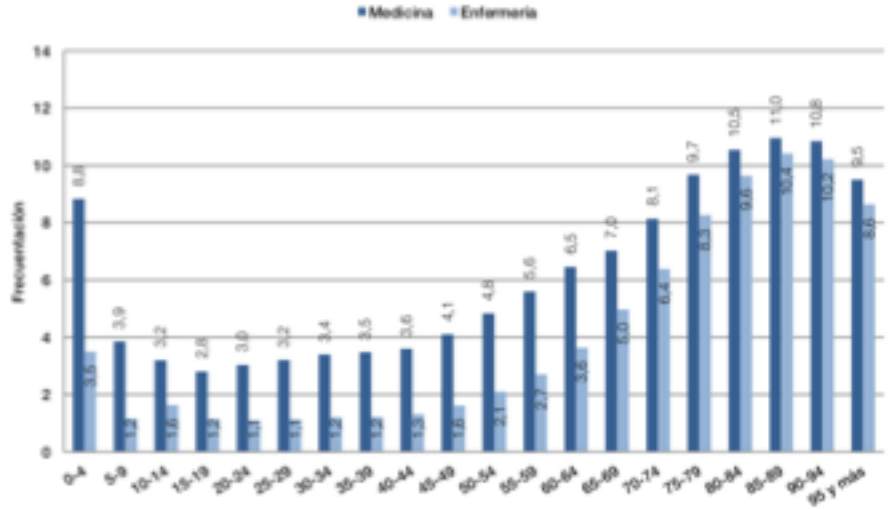
El consum de recursos i l'edat

Gráfico 4-11 Frecuentación por grupos de edad a la urgencia de atención primaria del SNS, 2015



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

Gráfico 4-4 Frecuentación por grupos de edad a la consulta de atención primaria del SNS, 2015



Observaciones: En los datos de medicina se incluye medicina de familia y pediatría.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

Generalitat de Catalunya

El consum de recursos i l'edat (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

No s'han inclòs 75 contactes per tenir invàlida l'edat, el sexe o l'estada.

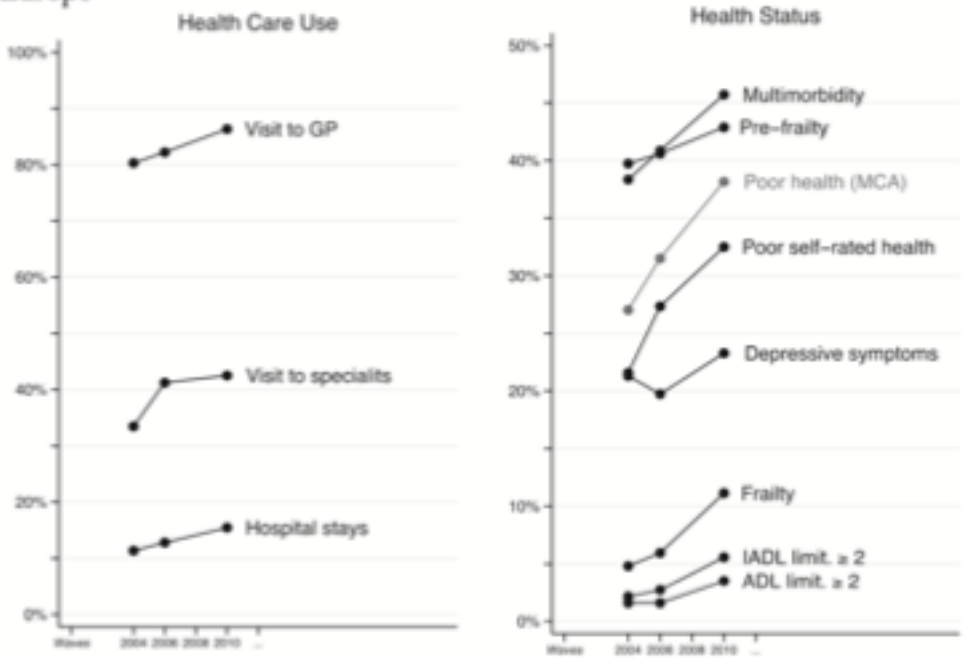
Departament d'Estadística. Ajuntament de Barcelona.
Font: Registre del CMBD dels hospitals d'aguts. Servei Català de la Salut. Generalitat de Catalunya.

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



Generalitat de Catalunya

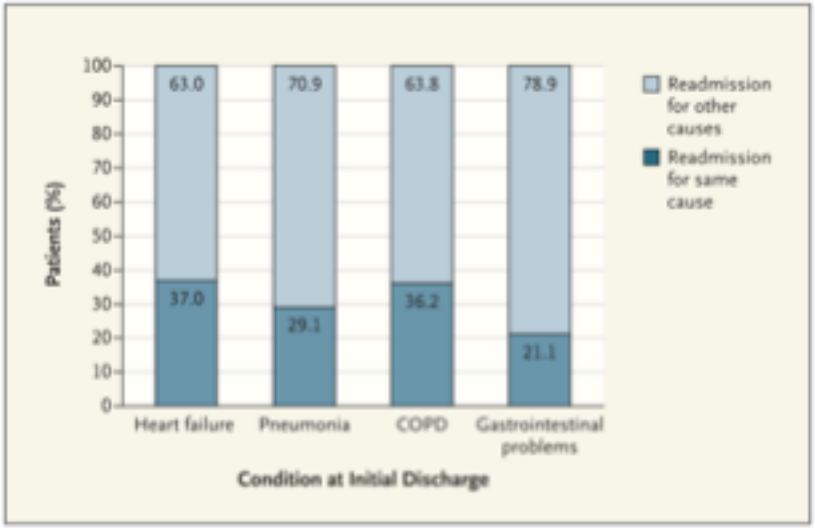
El dany derivat de l'hospitalització com a EA

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.***



Generalitat de Catalunya

La creixent importancia del PostAcute Care, LTC i Nursing Home

Age and Ageing 2008; **37:** 513–520
doi:10.1093/ageing/afn120
Published electronically 30 May 2008

© The Author 2008. Published by Oxford University Press on behalf of the British Geriatrics Society.
All rights reserved. For Permissions, please email: journals.permissions@oxfordjournals.org

Post-acute care for older people in community hospitals—a cost-effectiveness analysis within a multi-centre randomised controlled trial

Royal College of Physicians

Hip fracture patients need better post-hospital care

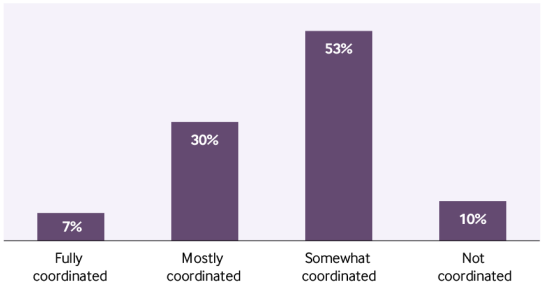
Age and Ageing 2016; **45:** 317–320
doi: 10.1093/ageing/afv196
Published electronically 13 January 2016

© The Author 2016. Published by Oxford University Press on behalf of the British Geriatrics Society.
All rights reserved. For Permissions, please email: journals.permissions@oup.com

The increase in healthcare costs associated with frailty in older people discharged to a post-acute transition care program

La creixent importancia del PostAcute Care, LTC i Nursing Home (II)

Care Experience Coordination



How coordinated is the care experience for your organization's patients between the inpatient setting, post-acute setting, and home environment?

Sample size = 375

NEJM Catalyst (catalyst.nejm.org) © Massachusetts Medical Society

Status with Post-Acute Settings

	Owned	Contractually integrated	Informally integrated	Not integrated	Not applicable
Home care agency	34%	13%	19%	28%	6%
Acute rehabilitation facility	32%	14%	19%	26%	8%
Hospice agency	21%	19%	22%	31%	7%
Skilled nursing facility	17%	15%	23%	38%	8%
Long-term acute care facility	10%	15%	21%	42%	11%

What is your organization's status with each of the following post-acute settings?

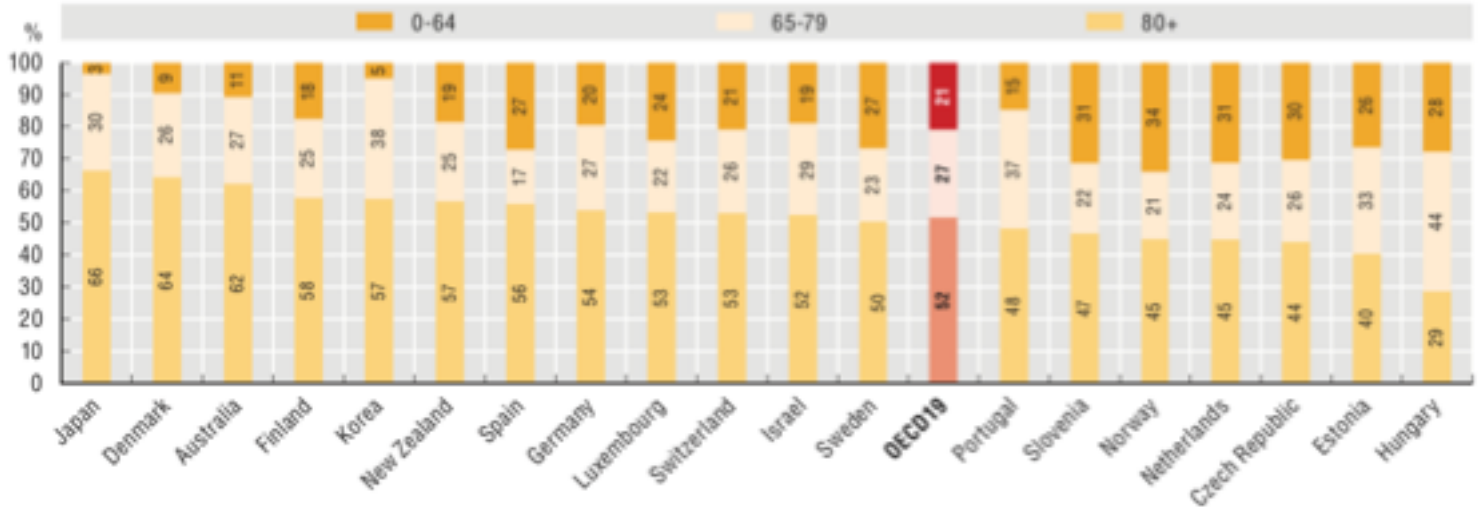
Sample size = 375

NEJM Catalyst (catalyst.nejm.org) © Massachusetts Medical Society

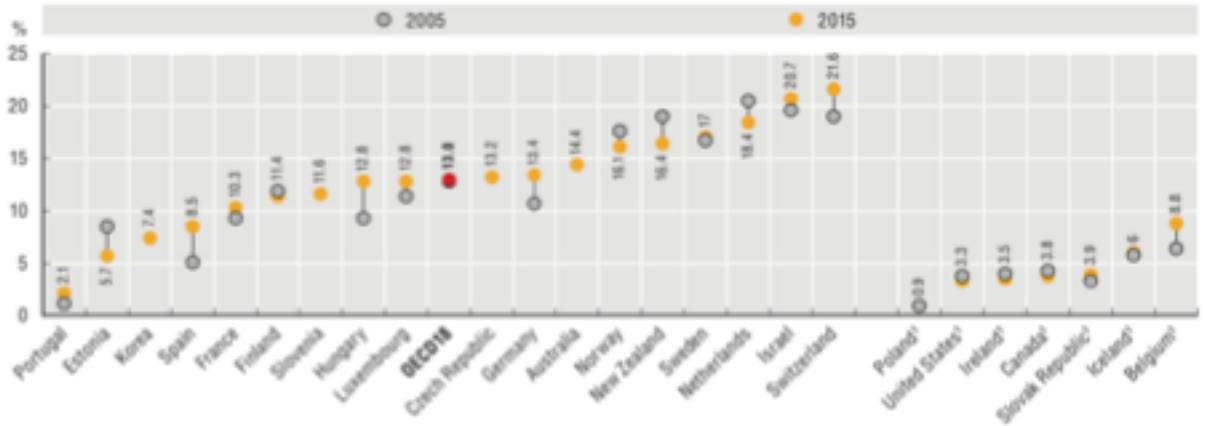
Generalitat de Catalunya

La creixent importància del PostAcute Care, LTC i Nursing Home (II)

11.14 Share of long-term care recipients, by age, 2015 (or nearest year)



11.13 Proportion of people aged 65 and over receiving long-term care, 2005 and 2015 (or nearest year)



1. These values include only recipients of long-term care in institutions.

Source: OECD Health Statistics 2017.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933605882

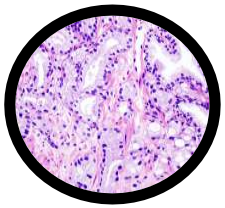
Generalitat de Catalunya

De l'anàlisi tradicional...

Analítica

PSA 7

Biòpsia
en 1 mes



ADENOCARCINOMA DE PRÒSTATA

En 15 dies

Valoració Anestèssia

ASA I

En 15 dies

Ingrés a Urologia
* Estada mitja 3 dies
* Ratio 20 pacients / infermera

Prostatectomia radical
AP: Gleason 6. Marges lliures

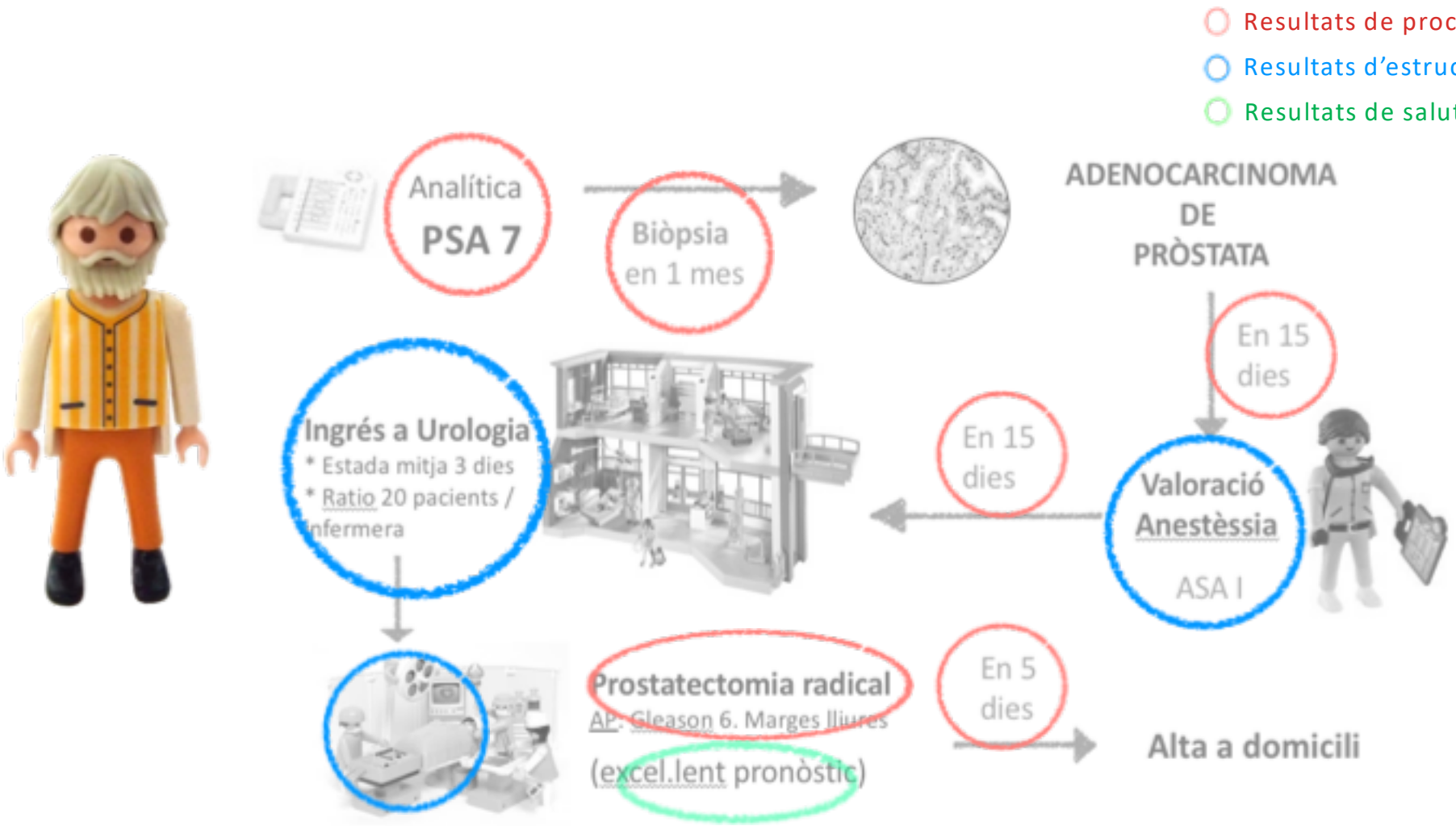
(excel.lent pronòstic)

En 5 dies

Alta a domicili

Generalitat de Catalunya

De l'anàlisi tradicional (II)



Als resultats que importen a les persones

- ✓ Pèrdua d'activitats instrumentals
- ✓ Dependència moderada (IB 40)
- ✓ Incontinència urinària
- ✓ Deteriorament cognitiu lleu
- ✓ Surt poc de casa

thebmj

BMJ 2017;356:j816 doi: 10.1136/bmj.j816 (Published 2017 February 20) Page 1 of 2

EDITORIALS

Check for updates

Measuring what matters to patients

OECD Health ministers commit to patient reported measures of performance

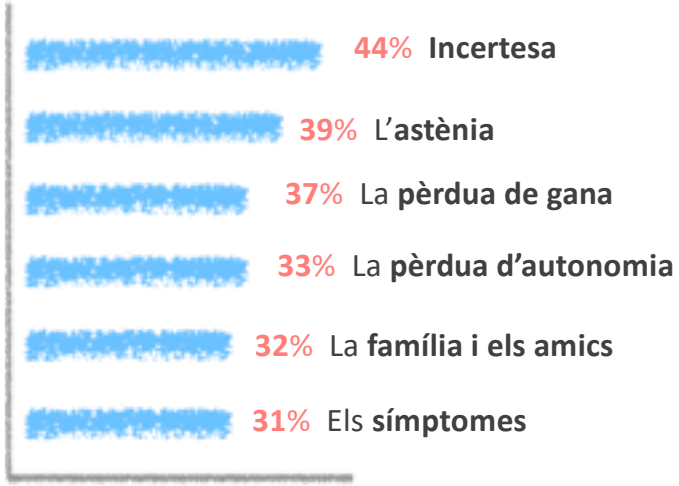
Angela Coulter

✓**PREMs** (Patient reported **Experience** Measures)

✓ **PROMs** (Patient reported **Outcomes** Measures) *

*** Què preocupa als pacients amb càncer avançat ?**

Adaptat de "How to define health Outcomes. BCG prespectives. 2015.



Generalitat de Catalunya

Qüestions…

1. Transició epidemiològica, la transició demogràfica i l'envelliment ens porten a un escenari poc conegut...
2. On l'evidència encara no es clara i on passem d'escenaris teòrics i controlats (MBE) a escenaris basats en pràctiques de valor en base a resultats que importen a les persones...
3. **Com afecta a la cultura de qualitat i seguretat de pacient?**

"Hi ha alguns pacients als que no podem ajudar, però no n'hi ha cap al que no puguem fer mal"

Arthur Bloomfield (1888-1962)
Professor i Cap del Departament de Medicina Interna
Universitat d'Stanford

Generalitat de Catalunya

Atenció Sociosanitària… parlem del mateix?

Generalitat
de Catalunya

Atenció Sociosanitària… parlem del mateix? (II)

Faltan 20.000 plazas de Cuidados Sociosanitarios Intermedios en España

Luis Ximénez — Madrid 27 Oct, 2016 - 4:45 pm

L'àmbit sociosanitari a Catalunya

54% dels llits de mitja i llarga estada de tota Espanya

TABLA 9

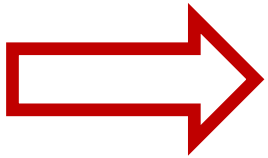
DOTACIÓN DE CAMAS DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA EN ESPAÑA POR COMUNIDAD AUTÓNOMA (2014)

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
Balears, 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	0,44
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

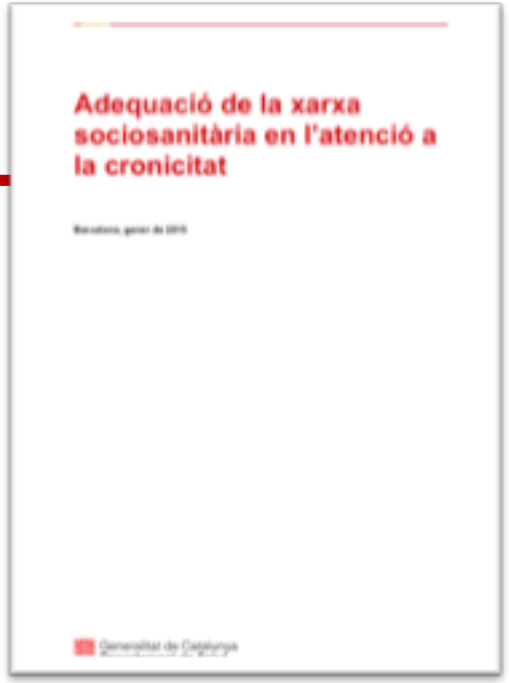
Fuente: Catálogo Nacional de Hospitales (2014) y datos de las Direcciones de Asistencia Sanitaria de las CC AA.

Generalitat de Catalunya

Atenció Sociosanitària... Del seu naixement al seu moment actual



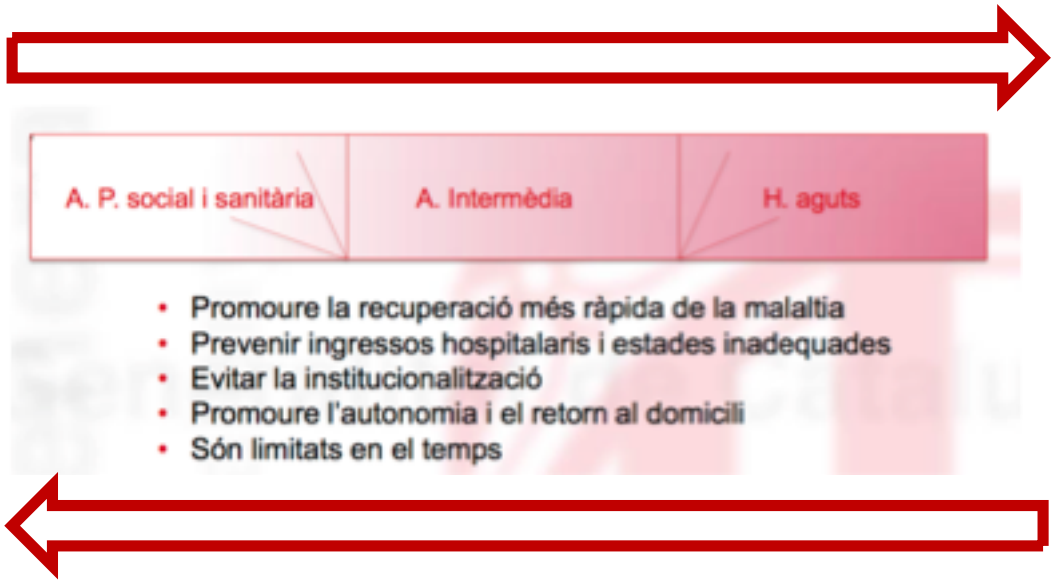
L'àmbit sociosanitari a Catalunya (II)



Atenció sociosanitària

Reflecteix el nom i la seva finalitat l'objectiu actual d'aquest àmbit?

De l'AS al concepte català de l'Atenció Intermèdia



El **pont** entre Atenció Primària i l'hospitalització aguda

Carpenter I. Clinical and research challenges of intermediate care. Age and Ageing 2002;31:97-100

El concepte d'Atenció Intermèdia – Aprofitem de nou!

Resposta esglaonada

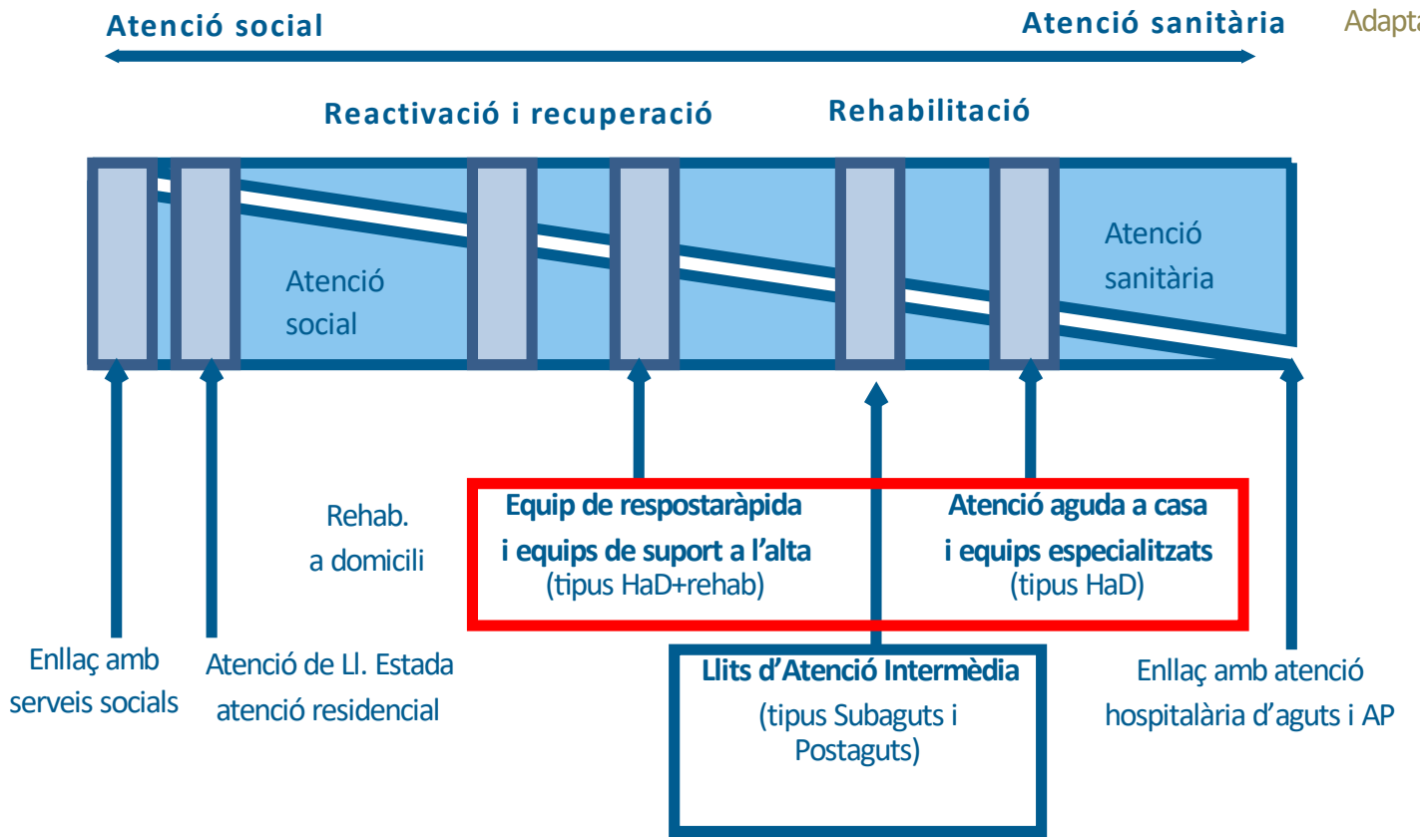
Atenció Intermèdia com a nivell intermedi d'intervenció sanitària

1. El **primer esglaó** és Atenció Intermèdia a la comunitat
2. El **segon esglaó** és Atenció intermèdia d'internament
3. L'**esglaó final** és l'hospital d'aguts

The Scottish Goverment, Joint Improvement Team, Maximising recovery, promoting independence: an Intermediate Care framework for Scotland(2012)

Generalitat de Catalunya

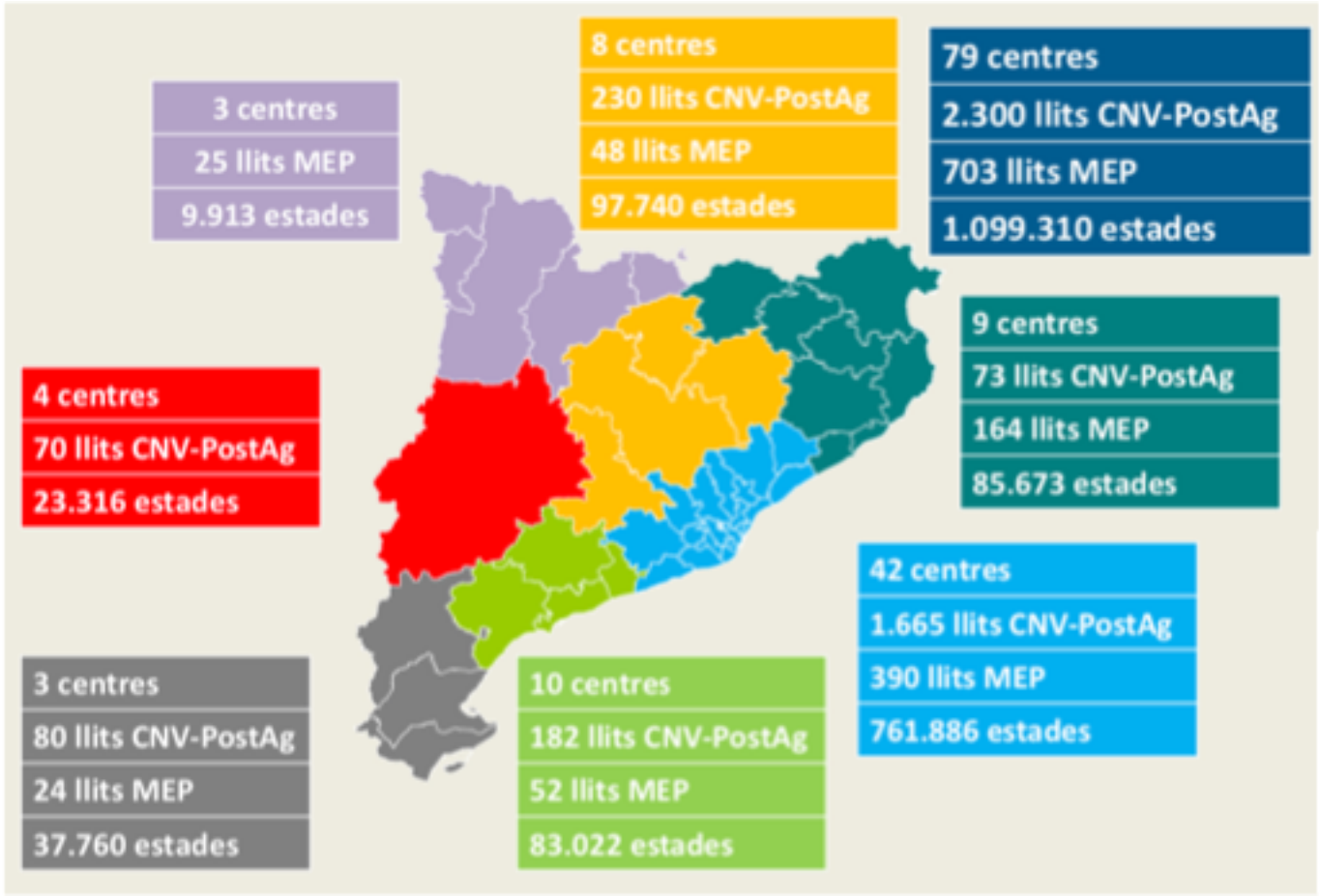
El concepte d'Atenció Intermèdia (III): el contínuum



Departmentof Health UK. IntermediateCare- Halfway Home 2009

Font: Diapositiva adaptada de Bullich I i Mas MA. Jornada sociosanitària 9ª Jornada Geriatria Bages (2018)

Postaguts-convalescència: la realitat



Episodis assistencials de pacients convalescents[1], 2016

Episodis assistencials[2]	31.612
Dones (%)	59,3
Mitjana d'edat	80,5
Altes	28.820
Estada mitjana[3] (dies)	35,7
Estada mediana[4] (dies)	34,0
Trasllat a domicili [5] (%)	69,0
Èxitus (%)	7,9

Font: Conjunt mínim bàsic de dades de recursos sociosanitaris (CMBD-RSS).

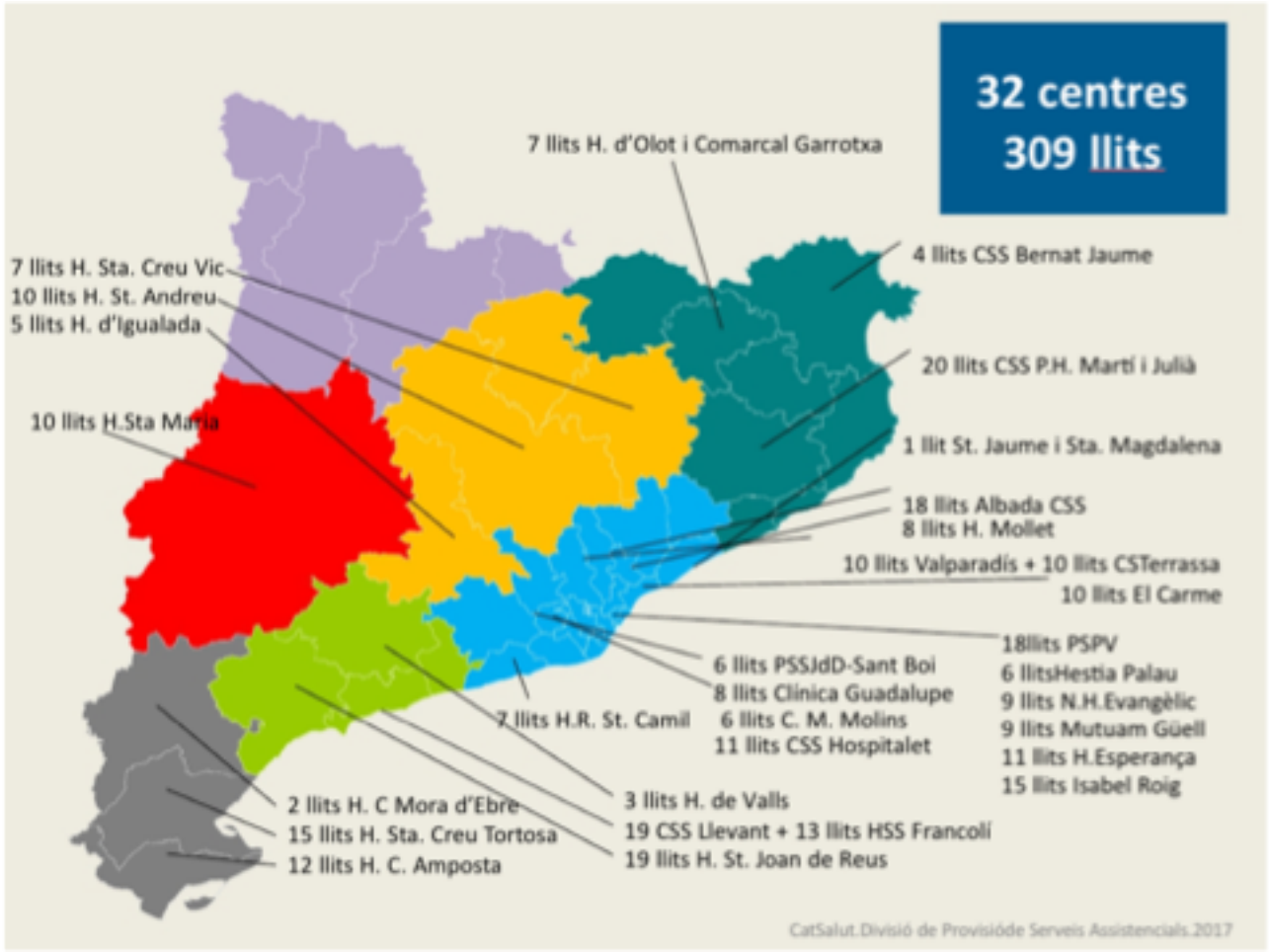
Episodis assistencials de pacients tributaris de cures pal·liatives[1], 2016

Episodis assistencials[2]	10.046
Dones (%)	45,1
Mitjana d'edat	77,5
Estada mitjana[3] (dies)	14,7
Estada mediana[4] (dies)	9,0
Èxitus (%)	69,4

Font: Conjunt mínim bàsic de dades de recursos sociosanitaris (CMBD-RSS).

Generalitat de Catalunya

Subaguts: la realitat



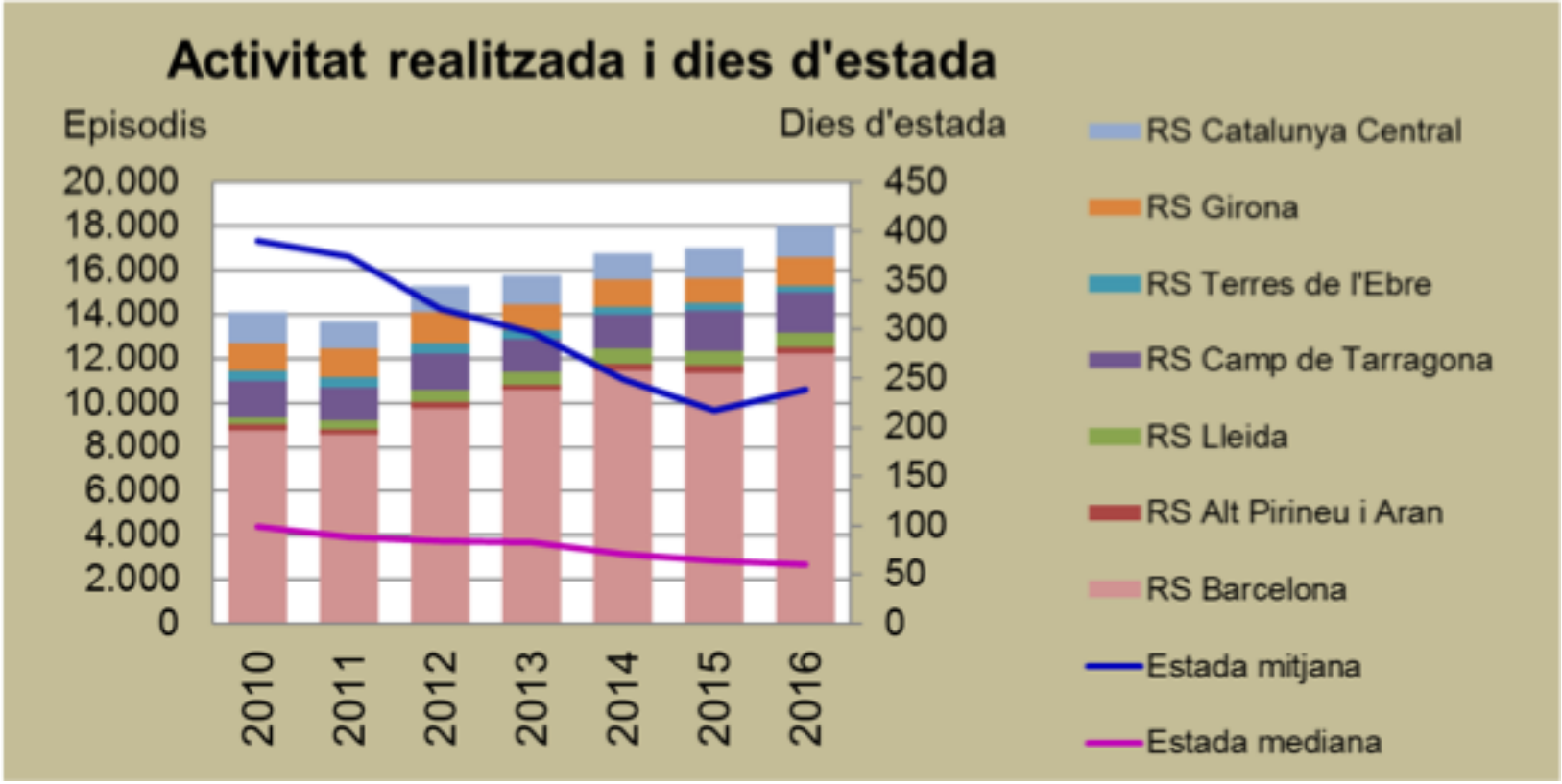
Episodis assistencials de pacients atesos en unitats de subaguts, 2016

Episodis assistencials[1]	10.860
Dones (%)	59,3
Mitjana d'edat	85,1
Estada mitjana[2] (dies)	9,2
Estada mediana[3] (dies)	8,0
Trasllat a domicili[4] (%)	70,3
Èxitus (%)	11,2

Font: Conjunt mínim bàsic de dades de recursos sociosanitaris (CMBD-RSS).

Generalitat de Catalunya

Llarga Estada



Episodis assistencials en unitats de llarga durada[1], 2016

Episodis assistencials[2]	17.918
Dones (%)	58,1
Mitjana d'edat	80,2
Altes	13.911
Estada mitjana[3] (dies)	120,8
Estada mediana[4] (dies)	52,0
Trasllats a residència social (%)	14,5

Font: Conjunt mínim bàsic de dades de recursos sociosanitaris (CMBD-RSS).

Generalitat de Catalunya

Complexitat a LLE

ORIGINAL/Sección Clínica

Descripción del perfil de complejidad de los pacientes admitidos en unidades sociosanitarias de larga estancia entre los años 2003 y 2009

Rev Esp Geriatr Gerontol. 2014;49(2):59–64

Procedimientos							
Dispositivos de reducción de presión en la silla	35,0%	40,5%	41,6%	42,9%	44,0%	44,9%	49,7%
Dispositivos de reducción de presión en la cama	53,6%	52,1%	45,7%	48,1%	46,5%	45,8%	48,7%
Programa de movilizaciones	27,9%	28,6%	26,5%	26,8%	21,5%	25,5%	26,9%
Nutrición/hidratación en problemas de piel	26,1%	26,2%	22,4%	23,7%	22,7%	20,7%	22,7%
Cuidado de úlceras de piel	6,7%	6,4%	5,6%	6,4%	7,0%	6,4%	9,0%
Cuidado de heridas quirúrgicas	13,9%	14,9%	13,4%	14,6%	12,1%	12,8%	13,3%
Aplicación de apósitos	31,3%	25,0%	22,1%	23,5%	20,5%	22,1%	24,4%
Infección en el pie	4,9%	5,9%	4,9%	5,4%	4,9%	4,3%	5,8%
Herida abierta en el pie	25,2%	22,9%	22,9%	21,7%	19,1%	18,8%	20,8%
Medicación por vía intravenosa	4,9%	4,3%	3,8%	3,5%	3,6%	4,0%	7,7%
Programa de control de esfínteres	21,1%	17,5%	16,1%	15,9%	17,2%	24,2%	26,7%
Programa de re-educación urinaria	7,3%	9,4%	8,7%	7,7%	7,1%	8,9%	11,9%
Catéter urinario permanente	8,4%	11,3%	8,7%	10,3%	9,5%	8,8%	9,7%
Uso de pañales/compresas	64,1%	69,8%	65,2%	65,7%	66,8%	64,8%	68,5%
Ostomía	5,0%	3,5%	3,3%	3,7%	3,8%	3,5%	4,4%

Complexitat a LLE (II)

ORIGINAL/Sección Clínica

Descripción del perfil de complejidad de los pacientes admitidos en unidades sociosanitarias de larga estancia entre los años 2003 y 2009

Rev Esp Geriatr Gerontol. 2014;49(2):59–64

Valoraciones RUG-III

Variables	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Escala AVD[a]	11,28 ± 5,2	11,74 ± 5,0	10,45 ± 5,3	11,34 ± 5,2	11,45 ± 5,0	11,62 ± 4,9	11,61 ± 4,8
CPS[a]	2,53 ± 2,3	2,66 ± 2,3	2,6 ± 2,3	2,68 ± 2,3	2,73 ± 2,3	2,63 ± 2,2	2,49 ± 2,2
AVD dependientes							
Movilidad en la cama	57,3%	62,4%	50,5%	56,3%	58,8%	61,1%	61,5%
Transferencias	70,1%	75,0%	63,1%	70,9%	73,0%	74,7%	75,4%
Deambulación en la habitación	61,4%	71,1%	60,2%	66,8%	69,4%	72,7%	73,2%
Deambulación en el pasillo	66,7%	72,1%	61,4%	68,1%	70,6%	74,5%	75,6%
Vestirse	76,8%	82,1%	70,0%	78,4%	80,8%	84,3%	83,7%
Arreglarse	77,1%	83,4%	69,3%	76,8%	79,2%	81,4%	81,7%
Bañarse	78,8%	87,6%	75,3%	84,4%	86,8%	90,1%	90,0%
Comer	51,7%	54,4%	45,7%	50,8%	52,0%	53,0%	52,3%
Micción/defecación	69,6%	76,4%	65,3%	72,9%	76,5%	78,1%	78,7%
Categorías agregadas RUG-III							
Rehabilitación	16,6%	25,5%	25,8%	27,2%	28,9%	30,3%	36,9%
Cuidados extensivos	6,0%	5,3%	3,8%	4,0%	3,5%	4,3%	4,8%
Cuidados especiales	15,7%	14,6%	16,3%	13,4%	13,2%	12,0%	12,2%
Complejidad clínica	22,9%	22,8%	24,3%	19,0%	20,7%	19,8%	18,9%
Deterioro cognitivo	6,1%	5,7%	5,8%	6,9%	6,3%	5,7%	4,5%
Problemas de comportamiento	1,0%	1,0%	0,8%	1,4%	1,1%	1,5%	1,1%
Funciones físicas reducidas	31,6%	25,2%	23,3%	28,1%	26,2%	26,3%	21,6%

[a] Media ± desviación estándar.

Generalitat de Catalunya

Complexitat a LLE (III)

ORIGINAL/Sección Clínica

Descripción del perfil de complejidad de los pacientes admitidos en unidades sociosanitarias de larga estancia entre los años 2003 y 2009

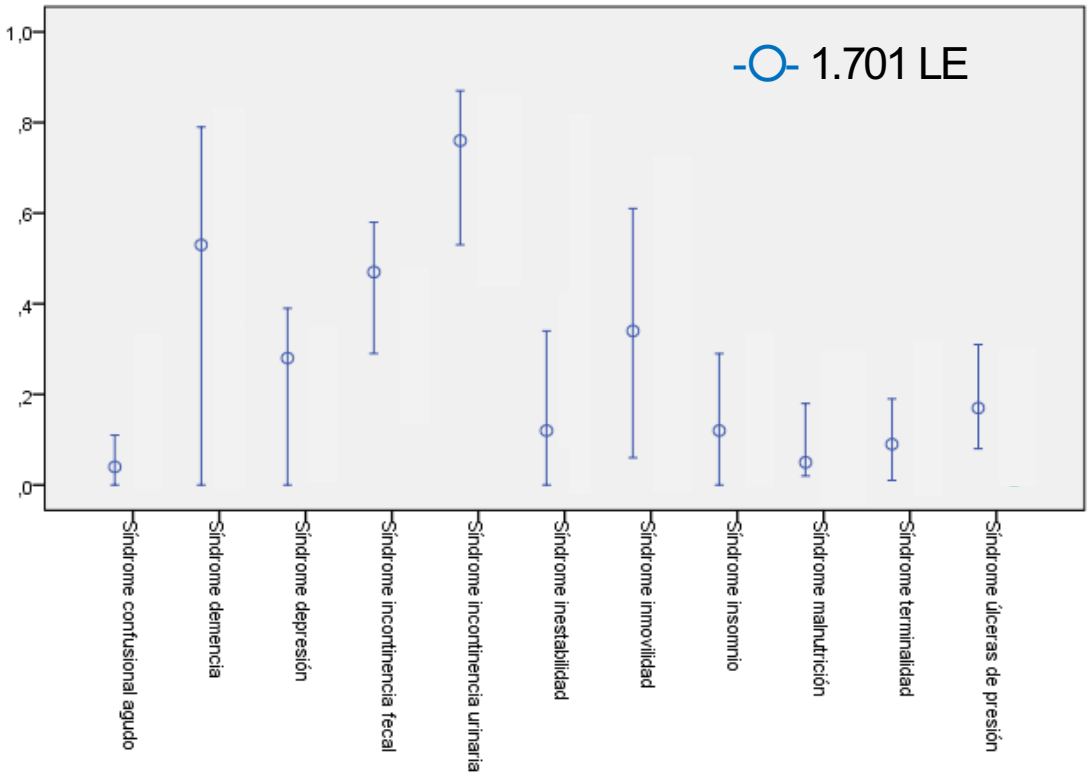
Rev Esp Geriatr Gerontol. 2014;49(2):59–64

Tabla 4
Cobertura e intensidad de terapias rehabilitadoras

Variables	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Cobertura: porcentaje de individuos que reciben terapia							
Logopedia	0,7%	1,0%	1,1%	1,3%	1,3%	1,1%	1,8%
Terapia ocupacional	10,5%	16,6%	18,8%	18,9%	19,5%	23,4%	27,9%
Fisioterapia	21,4%	28,2%	31,9%	35,4%	37,6%	41,0%	46,8%
Terapia respiratoria	3,1%	2,3%	1,8%	1,8%	1,3%	2,2%	2,0%
Movilizaciones pasivas	22,1%	24,9%	23,8%	25,0%	21,5%	22,2%	27,9%
Movilizaciones activas	25,3%	27,9%	24,7%	27,7%	23,7%	26,0%	31,7%
Ayuda con prótesis/ortesis	1,3%	2,0%	1,1%	1,1%	1,6%	2,0%	2,3%
Entrenamiento en movilidad en la cama	18,7%	24,8%	22,4%	21,1%	21,2%	22,2%	26,5%
Entrenamiento en transferencias	24,3%	31,9%	27,6%	26,7%	23,7%	27,0%	31,5%
Entrenamiento en caminar	24,0%	31,5%	25,9%	24,4%	24,2%	24,8%	31,8%
Entrenamiento en vestir/arreglarse	24,3%	33,2%	29,5%	27,2%	26,4%	25,9%	32,7%
Entrenamiento en comer/tragar	17,4%	24,2%	22,4%	18,9%	16,5%	16,2%	21,5%
Entrenamiento en cuidado de muñón, amputación o ortesis	2,0%	2,5%	2,4%	3,8%	5,4%	3,6%	6,2%
Entrenamiento en comunicación	14,9%	19,2%	17,6%	16,9%	14,5%	13,0%	12,8%
Total	51,1%	61,5%	60,0%	62,8%	64,6%	64,8%	71,9%

Complexitat clínica en la LLE (IV)

Síndromes geriàtriques en unitats SS de Catalunya



-No hi ha associació entre SG i categoria RUG.

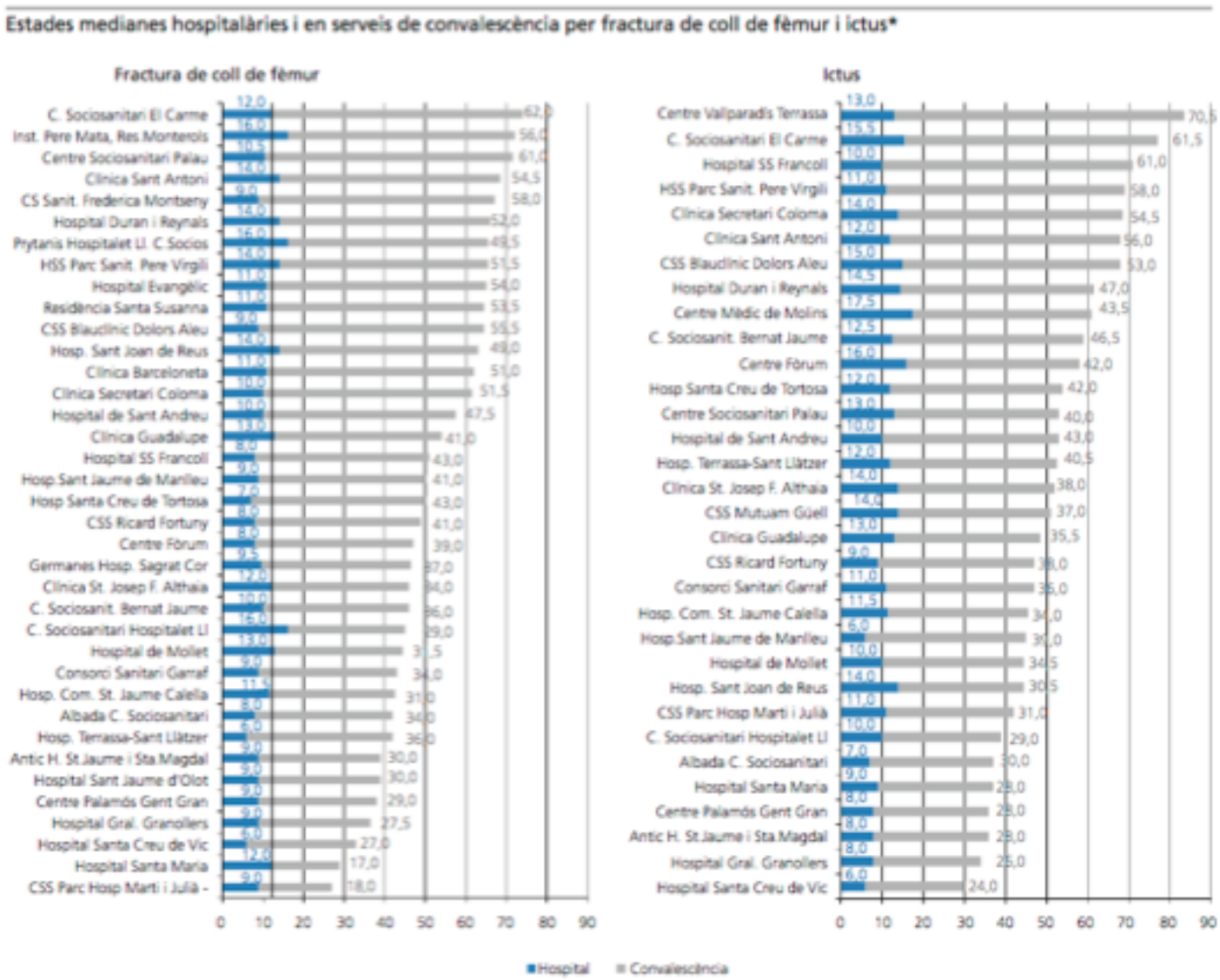
-SG: més estades i més dependència.

Font: Adaptat de Complejidad y prevalencia de síndromes geriátricos de los pacientes atendidos en unidades sociosanitarias en Catalunya. Estudio multicéntrico del proyecto XARESS. Pendent publicació.

Sistemes d'informació excessivament complexos i poc útils per mesurar i comparar la complexitat clínica i social atesa en els CSS.

Generalitat de Catalunya

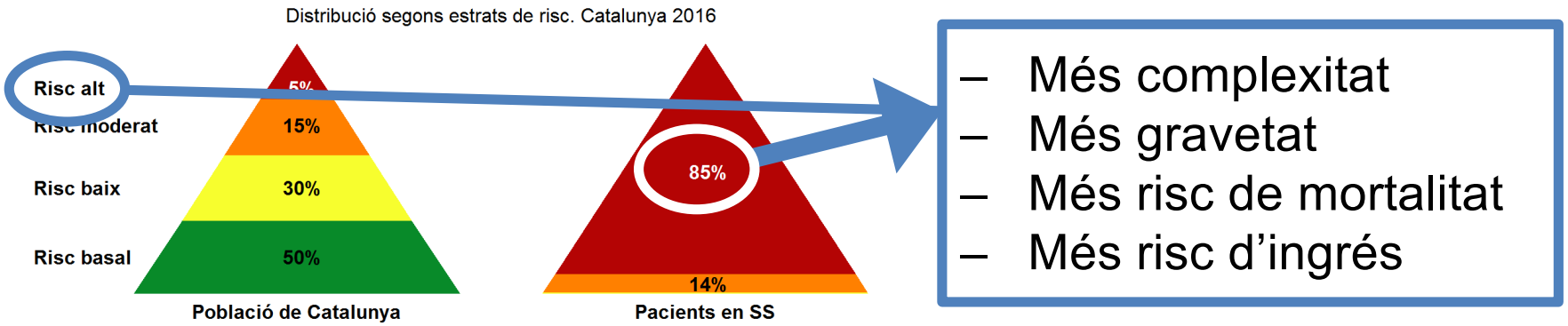
Atenció sociosanitària a Catalunya - HETEROGENICITAT



Generalitat de Catalunya

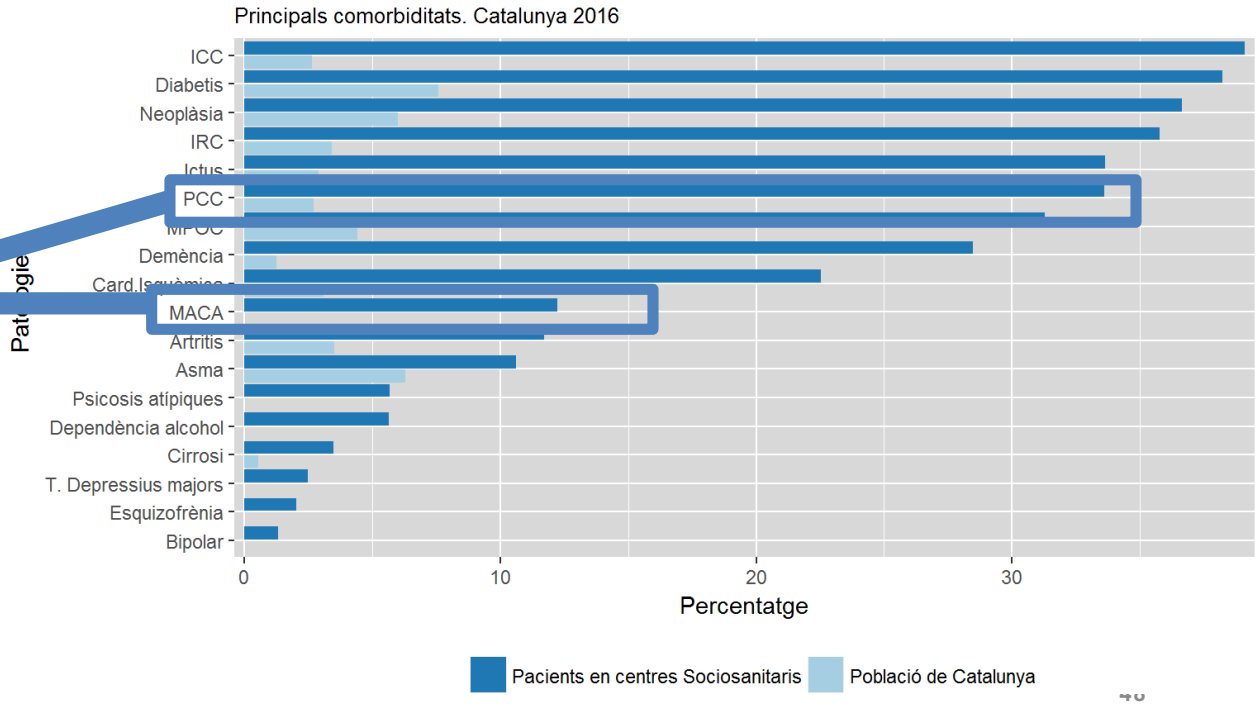
L'avaluació del model de cronicitat (complexa)

Descripció dels pacients ingressats en CSS, 2016.



- Més complexitat
- Més gravetat
- Més risc de mortalitat
- Més risc d'ingrés

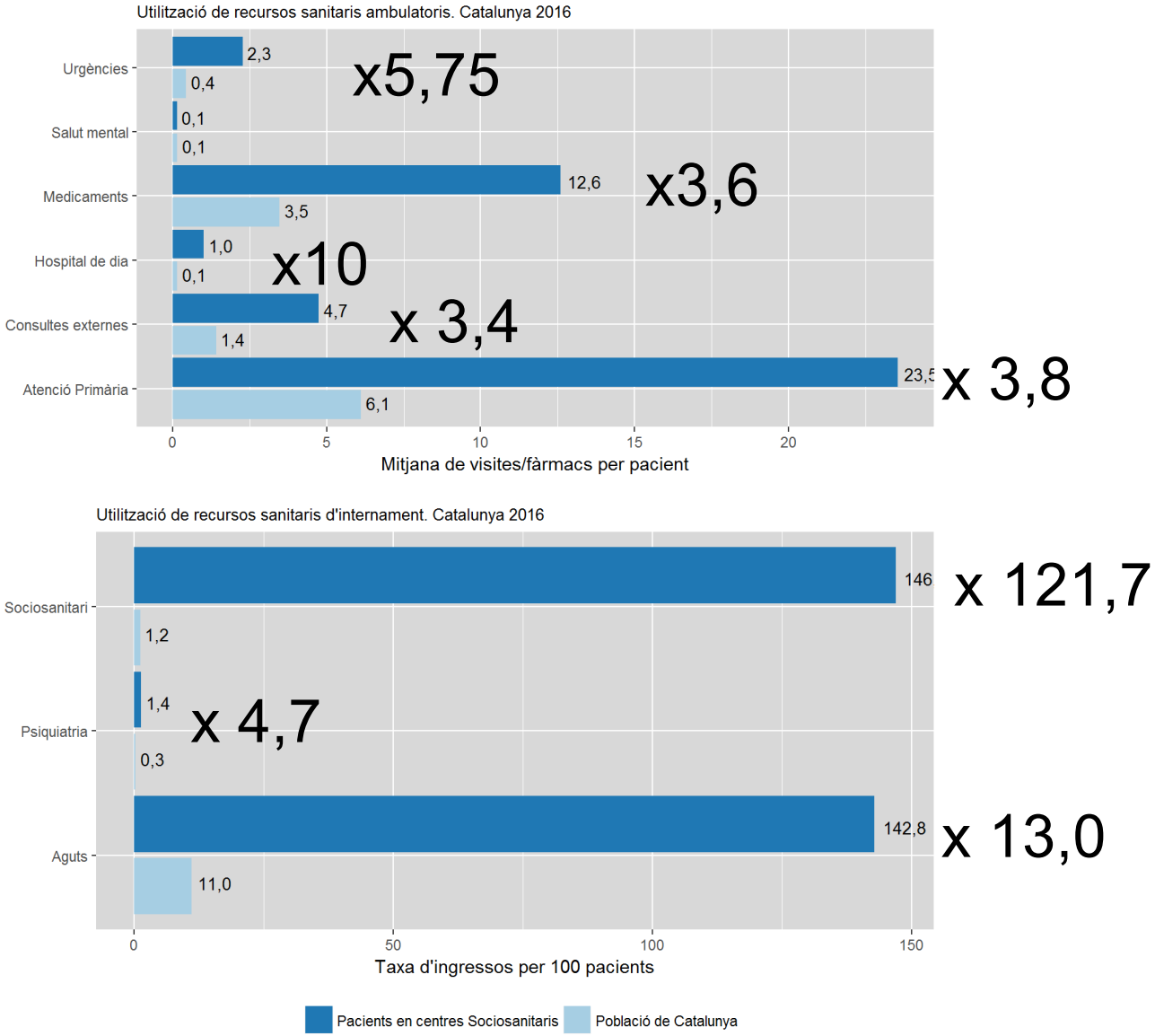
~ 33% PCC
~12% MACA



Font: Base de dades de morbiditat poblacional

L'avaluació del model de cronicitat (complexa) (II)

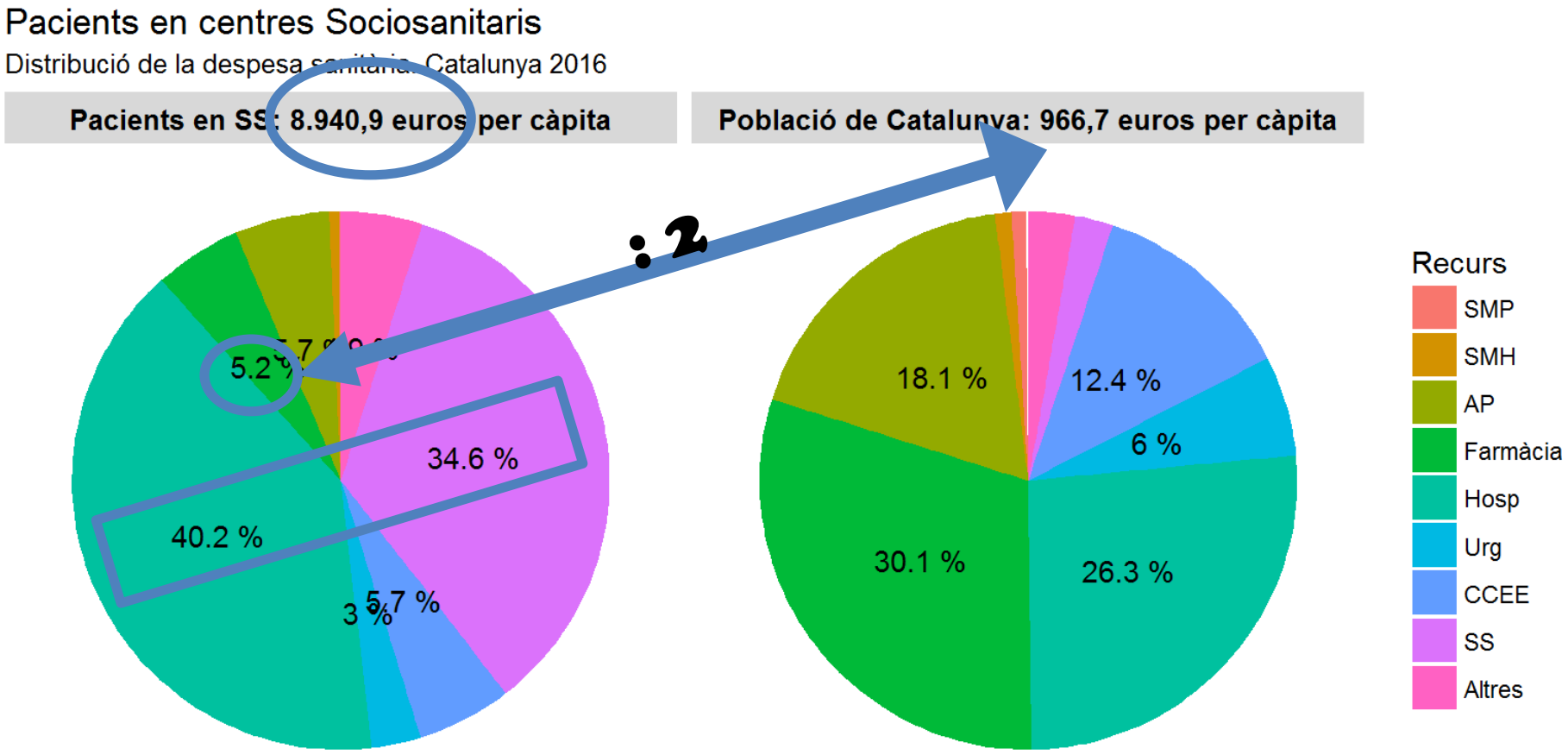
Descripció dels pacients ingressats en CSS, 2016.



Font: Base de dades de morbiditat poblacional

L'avaluació del model de cronicitat (complexa) (III)

Descripció dels pacients ingressats en CSS, 2016.



Font: Base de dades de morbiditat poblacional

Font: Base de dades de morbiditat poblacional

Qüestions…

1. **Son els centres sociosanitaris tots iguals**?
2. En **quines estructures sanitàries estan integrades**?
3. Quina **experiència o prioritat destinen a la Qualitat i Seguretat de Pacient**?
4. En el futur **és necessari un desenvolupament estructurat per nivell o per entitat**?

“Lo peor no es cometer un error, sino tratar de justificarlo, en vez de aprovecharlo como aviso providencial de nuestra ligereza o ignorancia.”

Santiago Ramón y Cajal.

Atenció Residencial

- Són serveis d'acolliment residencial, amb caràcter permanent o temporal, i d'assistència integral, adreçats a persones grans que no tenen un grau d'autonomia suficient per realitzar les activitats de la vida diària, que necessiten supervisió constant i que tenen una situació sociofamiliar que **requereix la substitució de la llar**. El servei **s'adapta al grau de dependència de les persones usuàries**.

- L'equip professional que treballa és pluridisciplinar i està format per infermers i infermeres, auxiliars de gerontologia, fisioterapeutes, terapeutes ocupacionals, experts en educació social, psicologia i medicina. També hi ha un director o directora responsable i un / a responsable higienicosanitari.

Atenció Residencial (II)

OBJECTIUS

Els objectius dels serveis de Residència Assistida per a la gent gran, són els següents:

- Facilitar un entorn substitutiu de la llar, adequat i adaptat a les necessitats d'assistència
- Afavorir la recuperació i el manteniment del màxim grau d'autonomia personal i social

USUARIS

- Hi poden accedir aquelles persones grans que **no tenen un grau d'autonomia suficient per realitzar les activitats de la vida diària***, que necessiten atenció i supervisió constants i que les seves circumstàncies sociofamiliars requereixin la substitució de la llar.

* Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia va fer canviar això de forma dràstica

Atenció Residencial (III)

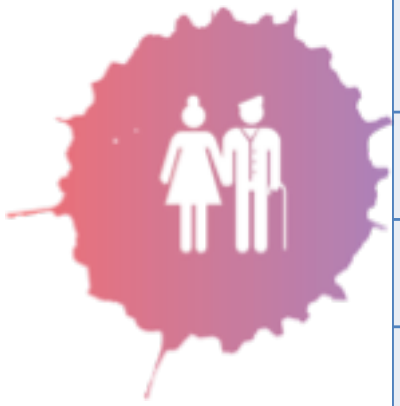
Funcions:

- Allotjament
- Manutenció, acollida i convivència
- Atenció personal a les activitats de la vida diària
- Hàbits d'autonomia
- Dinamització sociocultural
- Manteniment de les funcions físiques i cognitives
- Bogaderia i repàs de la roba
- Higiene personal
- Suport social

Normativa

- ORDRE de 15 de juliol de 1987, de desplegament de les normes d'autorització administrativa de serveis i establiments de serveis socials i de funcionament del Registre d'Entitats, Serveis i Establiments Socials, fixades al Decret 27/1987, de 29 de gener.
- CORRECCIÓ D'ERRADES a l'Ordre de 4 de desembre de 1995, per la qual es regula el procediment d'accés al serveis socials i programes d'atenció a la gent gran, gestionats per l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (DOGC núm. 2141, pàg. 9335, de 13.12.1995).
- DECRET 284/1996, de 23 de juliol, de regulació del Sistema Català de Serveis Socials
  DOGC núm. 2237 publicat el 31/07/1996
- DECRET 394/1996, de 12 de desembre, pel qual s'estableix el règim de contraprestacions dels usuaris en la prestació de serveis socials i s'aproven els preus públics per a determinats serveis socials prestats per la Generalitat de Catalunya.
  DOGC núm. 2294 publicat el 18/12/1996
- DECRET 176/2000, de 15 de maig, de modificació del Decret 284/1996, de 23 de juliol, de regulació del Sistema Català de Serveis Socials
  DOGC núm. 3148 publicat el 26/05/2000
- DECRET 182/2003, de 22 de juliol, de regulació dels serveis d'acolliment diürn de centres de dia per a gent gran
  DOGC núm. 3940 publicat el 05/08/2003
- CORRECCIÓ D'ERRADES al Decret 182/2003, de 22 de juliol, de regulació dels serveis d'acolliment diürn de centres de dia per a gent gran
  DOGC núm. 4087 publicat el 09/03/2004

Evolució àmbit residencia a Catalunya

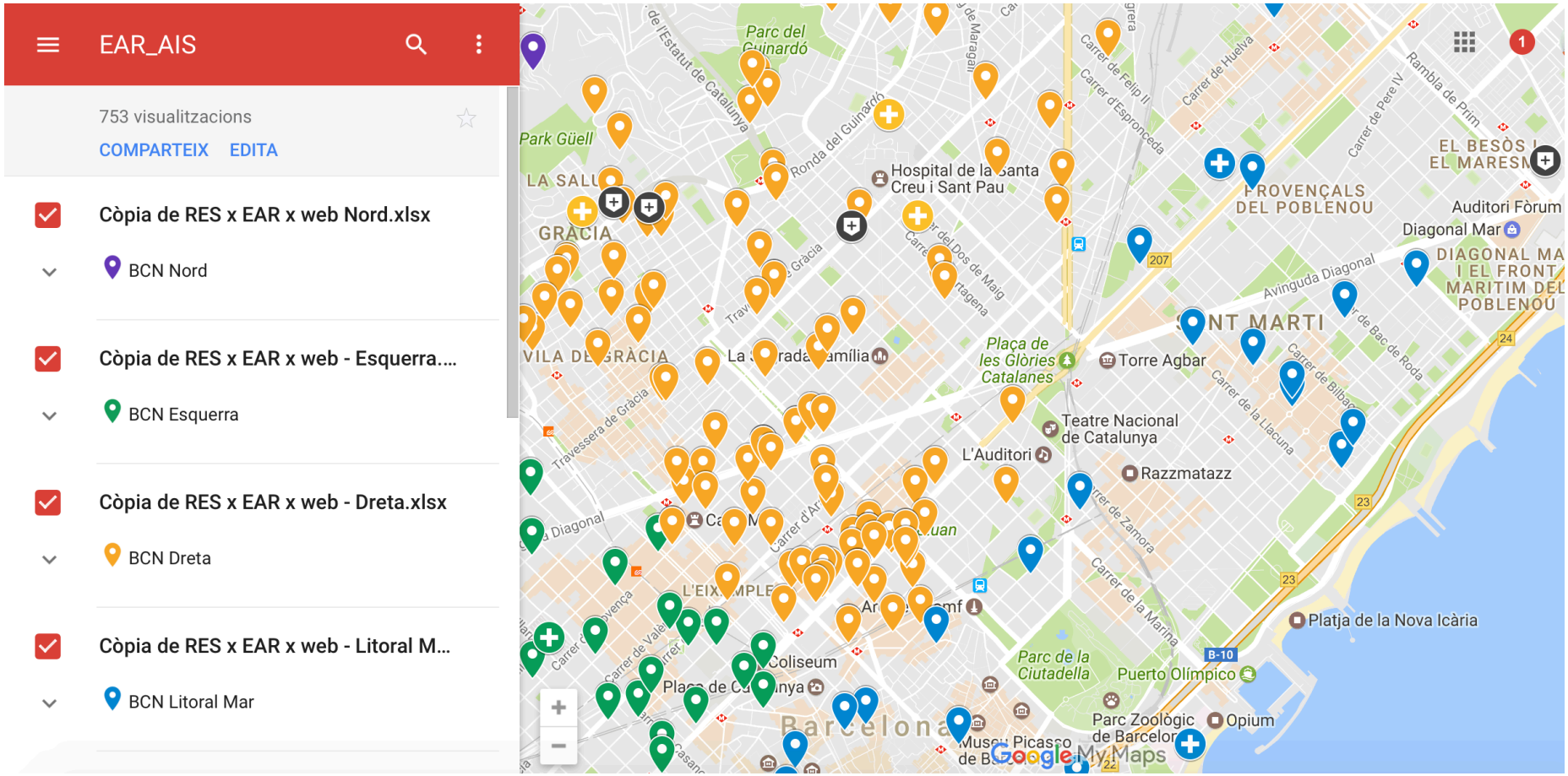


	Places			
Any	iniciativa pública	iniciativa social	iniciativa mercantil	Total
2017	10.291	14.066	35.287	**59.644**
2015	9.777	14.128	34.734	**58.639**
2010	8.362	13.631	32.548	**54.541**
2005	7.756	12.475	26.923	**47.154**
2000	6.186	11.503	19.592	**37.281**

Font: Idescat a https://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=849&t=2000

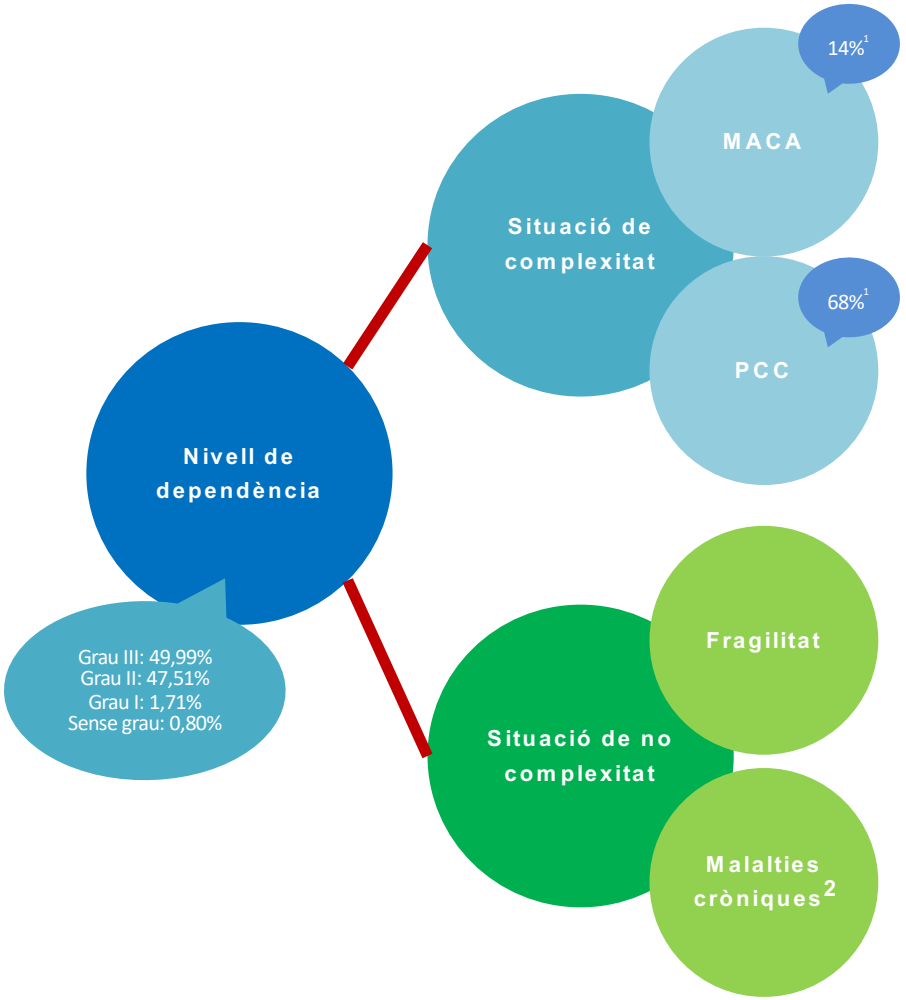
Increment acumulat en **17 anys** del **59.98 % places residencials**

Impacte en serveis de salut i Seguretat de Pacient



Complexitat social i sanitària de les persones en residències

Anàlisi de la complexitat clínica



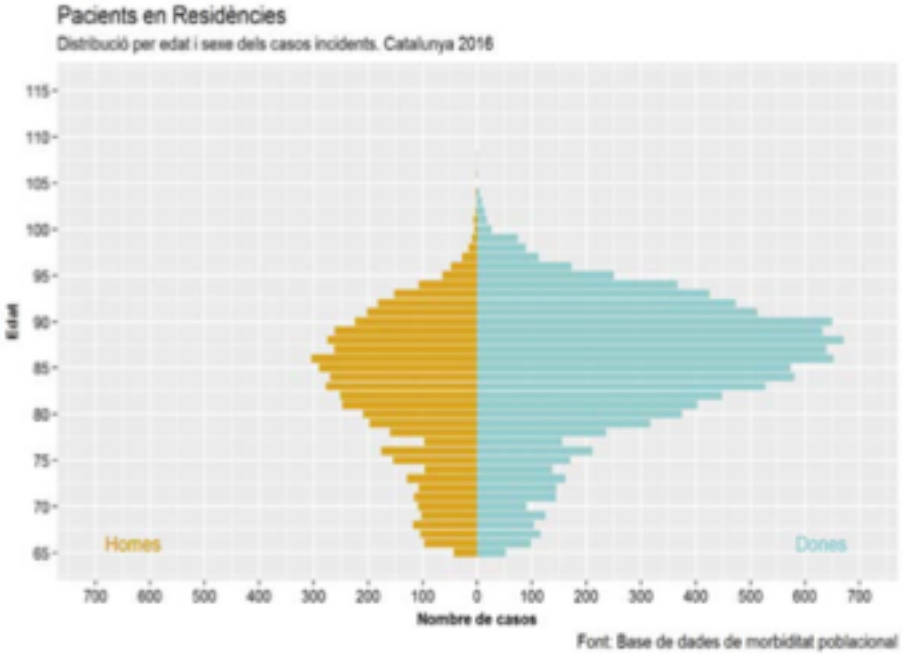
Pacient amb patologies cròniques de màxima complexitat, un pronòstic de vida limitat, altes necessitats mèdiques amb orientació pal·liativa, planificació de decisions avançades.

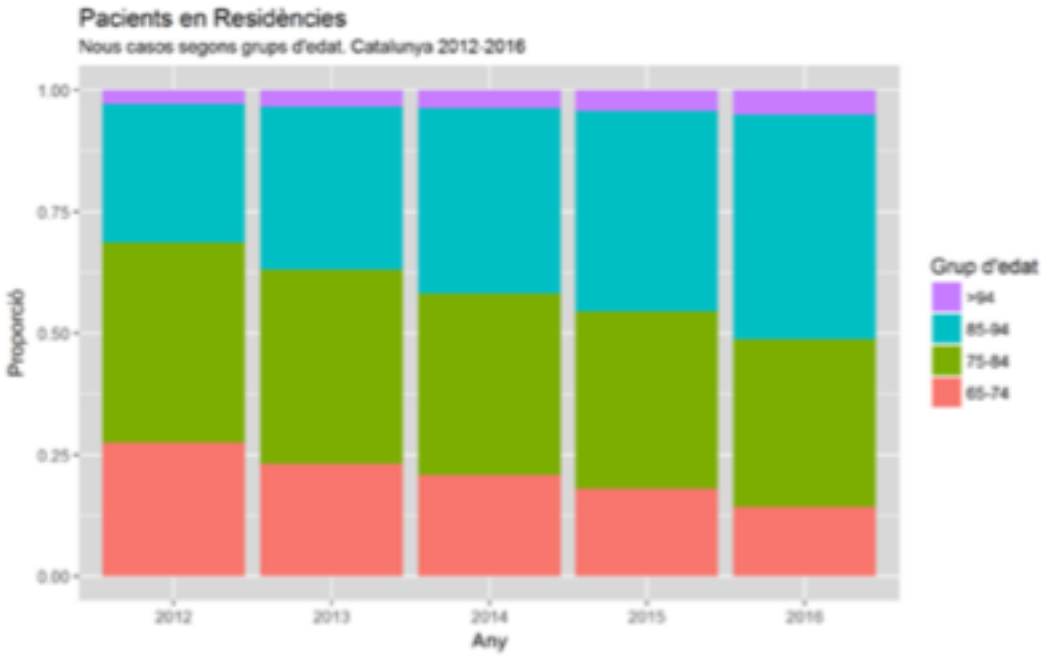
Pacient amb malalties cròniques d'alt i moderat risc, que comporta una gestió clínica difícil.

Pacient amb facilitat a la inestabilitat que comporta una gestió clínica continuada.

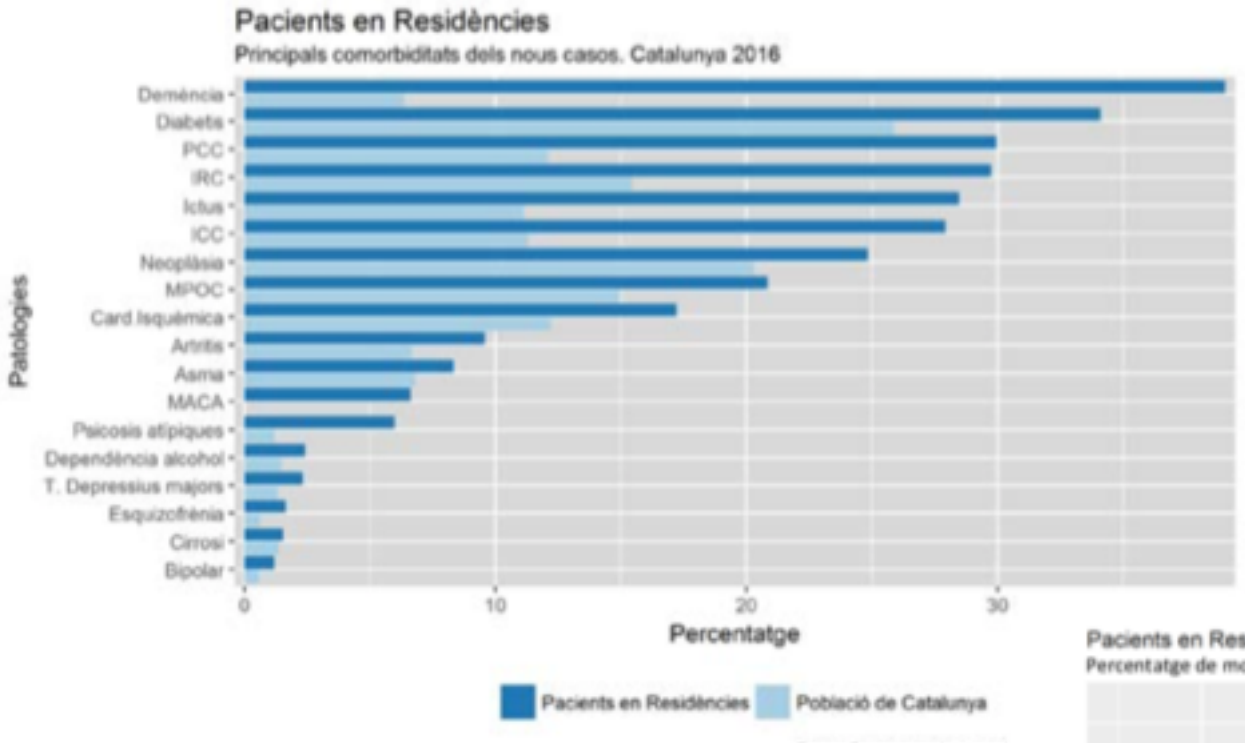
Pacient amb malalties cròniques, que precisen una gestió clínica especialitzada.

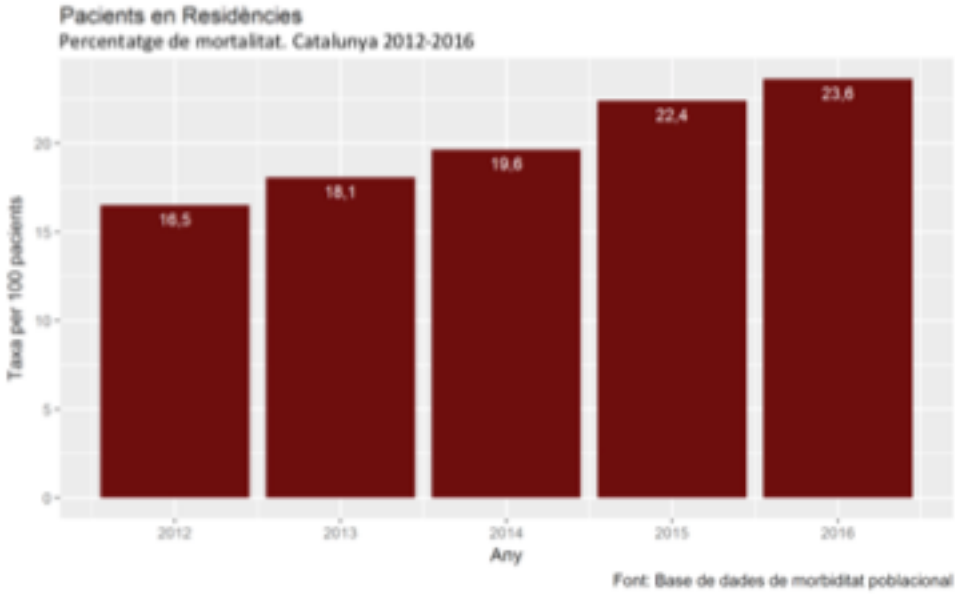
Complexitat social i sanitària de les persones en residències (II)





Complexitat social i sanitària de les persones en residències (III)



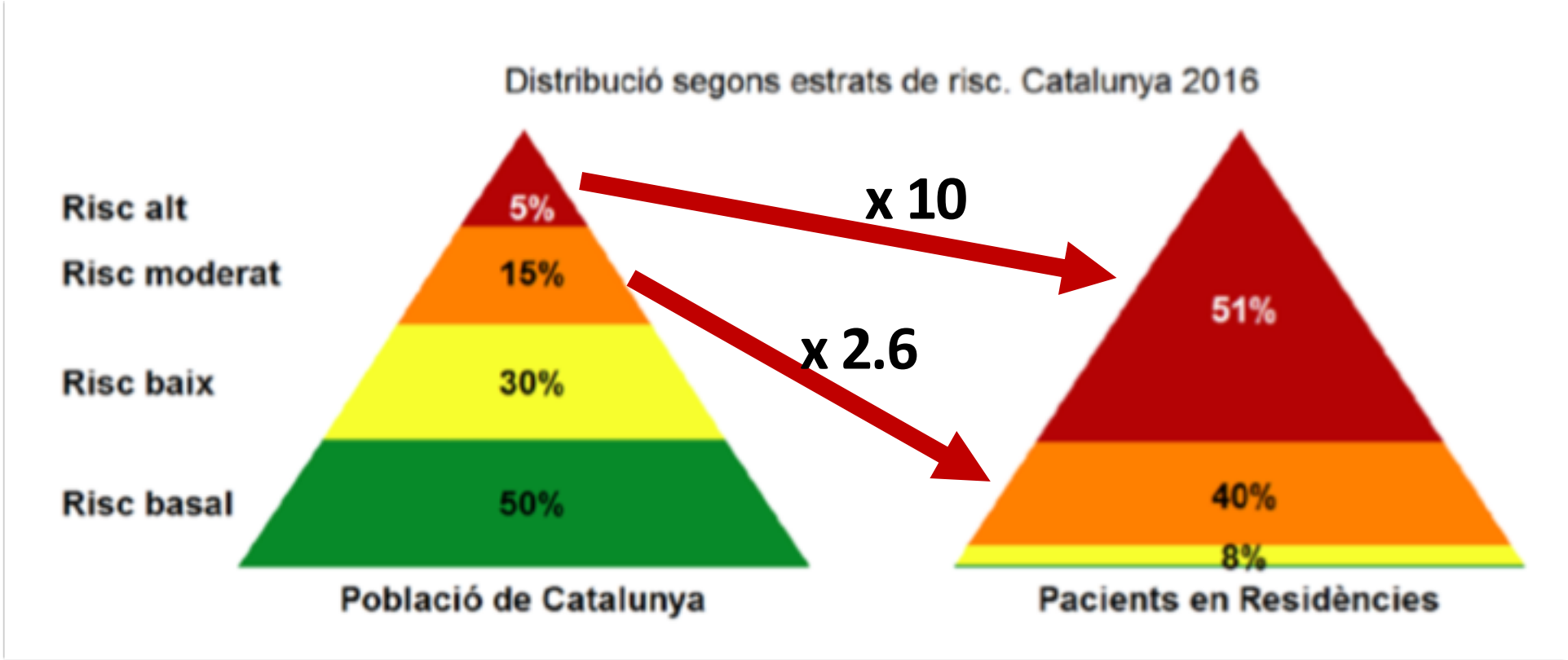


Complexitat social i sanitària de les persones en residències (IV)

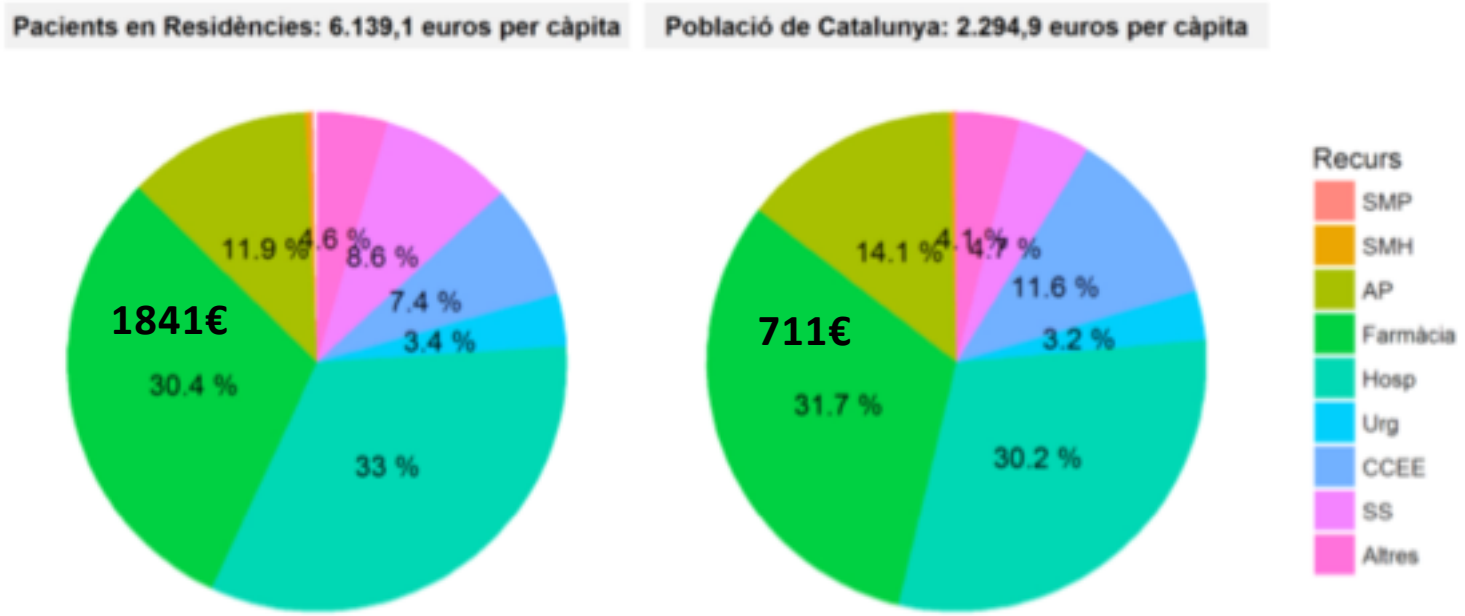
Característiques de la població major de 64 anys segons tipus de residència. Catalunya 2016

	No residència		Residència (RA)		P
	N	%	N	%	
Casos (% fila)	1.468.240	95,4	66.851	4,6	
Sexe: Homes	644.444	43,9	18.837	28,2	<0,0001
Dones	823.796	56,1	48.014	71,8	
DM	369.095	25,1	21.190	31,7	<0,0001
IC	148.143	10,1	18.322	27,4	<0,0001
MPOC	211.069	14,4	13.485	20,2	<0,0001
AVC	145.225	9,9	19.674	29,4	<0,0001
M. Isquèmica	171.798	11,7	10.631	15,9	<0,0001
Neoplàsia	290.032	19,8	14.506	21,7	<0,0001
IRC	209.190	14,2	18.357	27,5	<0,0001
SIDA	2.035	0,1	68	0,1	0,012
Asma	98.289	6,7	5.086	7,6	<0,0001
Demència	62.852	4,3	29.992	44,9	<0,0001
Cirrosi	19.834	1,4	910	1,4	ns
Depressió	304.889	20,8	25.361	37,9	<0,0001
Pacient crònic de salut mental	72.729	5,0	10.218	15,3	<0,0001
Pacient crònic complex (PCC)	118.203	8,1	21.671	32,4	<0,0001
Pacient amb malatia crònica avançada (MACA)	17.677	1,2	6.223	9,3	<0,0001
Osteoporosi	231.270	15,8	14.891	22,3	<0,0001
Artrosi	600.112	40,9	35.573	53,2	<0,0001
Artritis	95.554	6,5	5.586	8,4	<0,0001
Estrats de risc (GMA):					
Alt	292.096	19,9	33.816	50,6	<0,0001
Mig	636.761	43,4	26.518	39,7	
Baix	389.621	26,5	5.867	8,8	
Basal	149.762	10,2	650	1,0	

Complexitat social i sanitària de les persones en residències (V)



Complexitat social i sanitària de les persones en residències (V)



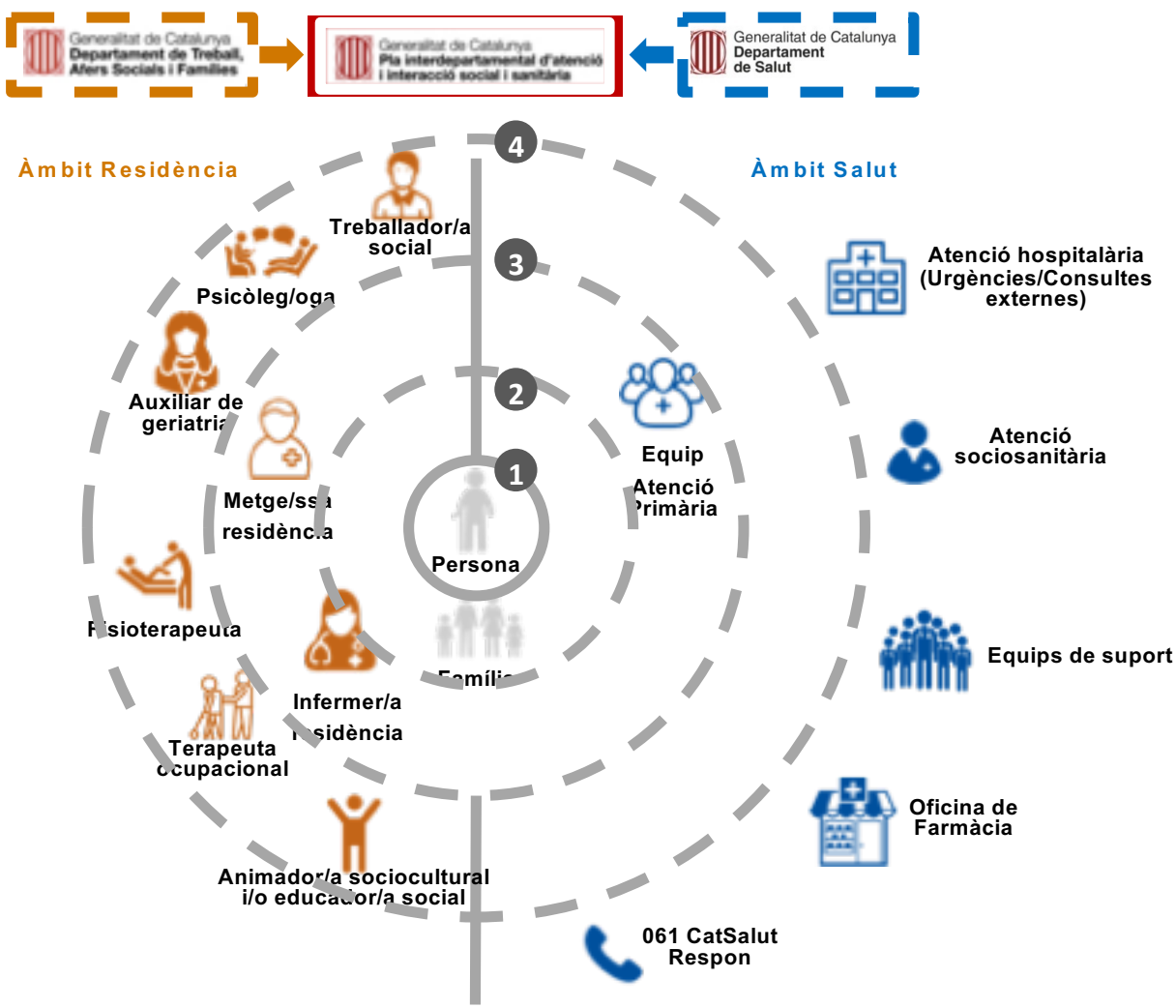
- Utilització de recursos sanitaris molt superior a les persones >65a que viuen a domicili
- Major cost de farmàcia
- Major taxa hospitalització aguts
- Menor atenció per A. primària
- Menor accés a CCEE especialitzada

La relació d'actors – Incrementa o disminueix el risc d'EA?

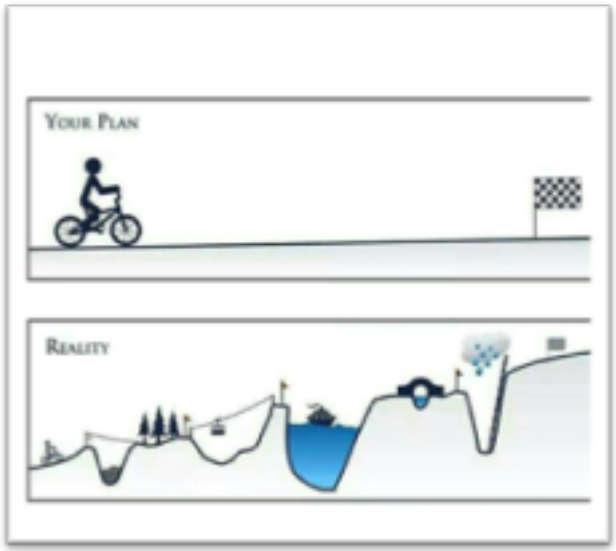
Mapa d'agents de l'ecosistema d'actors

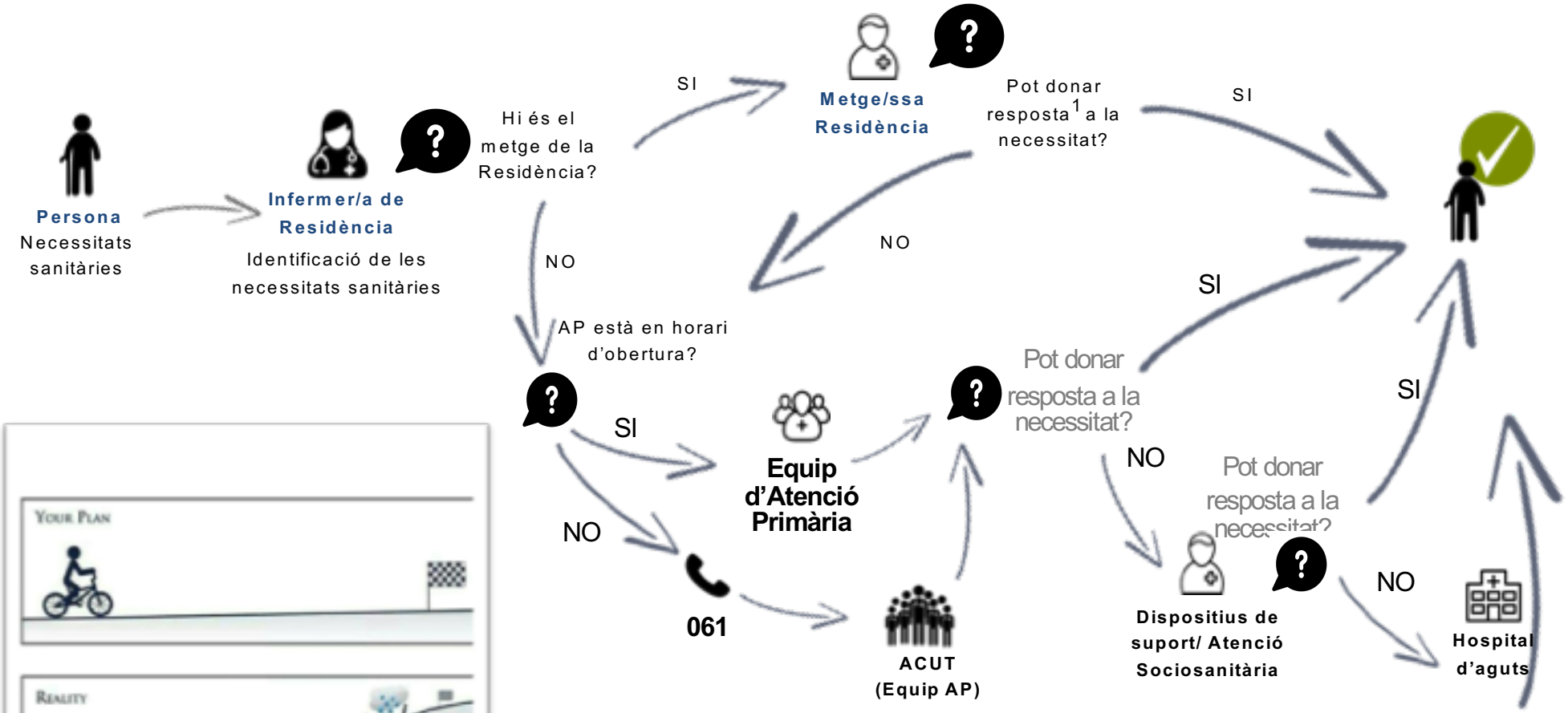
Actors de planificació estratègica

Actors d'intervenció operativa



La relació d'actors – Incrementa o disminueix el risc d'EA? (II)





[1] Donar resposta inclou prescriure, derivar a interconsulta, derivar a urgències, atenció hospitalària, etc.

Proposta de model de futur

Proximitat

Atenció sanitària propera segons les necessitats individuals de les persones en el territori en el que viuen.

Equitat

Igualtat d'accés a l'atenció sanitària per a tota persona que viu en una residència, així com en la seva assignació de recursos.

Contínuum assistencial

Visió integrada del procés d'atenció sanitària de la persona, tenint en compte les seves necessitats, valors i preferències, i garantint la coordinació dels diferents àmbits assistencials 7x24x365.

Seguretat

Prioritització de la prevenció quaternària amb la finalitat de donar una atenció que vetlli per la seguretat de les persones que viuen a les residències.

Qualitat

Garantia de la millora en els resultats en salut de les persones, tot aplicant l'evidència científica disponible en el procés d'atenció sanitària.

Sistemes d'avaluació existents en centres residencials

1 IQPF – Àrea del medicament (CatSalut)

2 Central de Resultats Departament de Salut (Àmbit sociosanitari-CatSalut)

3 Indicadors GeriàtrICS (ICS-Salut)

4 Serveis residencials assistits per a gent gran (Acció Social i Ciutadana-FAD)

5 Indicadors de les residències (ISO) (DGPS-TASF)

6 Indicadors Acta d'Inspecció a les residències (DGPS-TASF)

Des de diferents perspectives es monitoritzen les mateixes dades i no es es té una visió comú i global
(150 indicadors diferents aproximadament)

Qüestions…

1. Les **persones a residències son complexes, estem preparats per donar una atenció més segura i de major qualitat**?
2. La **relació entre centres residencials i dispositius de salut, es adient i segura**?
3. Hem de **desenvolupar estructures o unitats específiques per millorar resposta a aquestes persones/estructures**?

Pot resultar sorprenent que el primer que s'hagi de demanar a un hospital es que no causi cap dany…

Florence Nightingale, 1820-1910

EARCAS

Estudio EARCAS
Eventos Adversos en
Residencias y Centros
Asistenciales Sociosanitarios

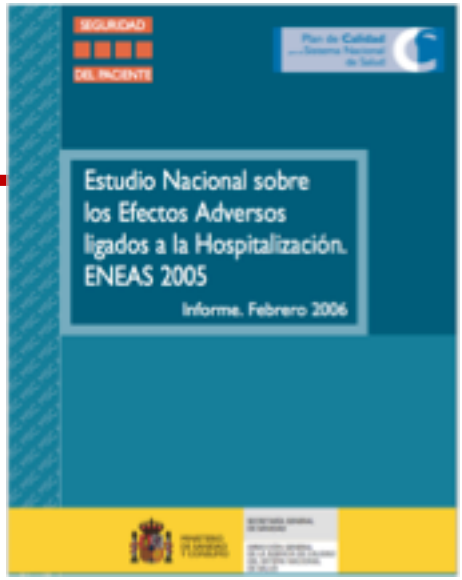
Gestión de riesgos
Participación de los profesionales
Prácticas seguras
PNT
Sistemas de registro y notificación
Formación y creación de cultura
Calidad asistencial y seguridad clínica

Estudis a Espanya – ENEAS (II)

ENEAS[1]

Estudio Nacional de Eventos Adversos relacionados

con la hospitalización. 2006.

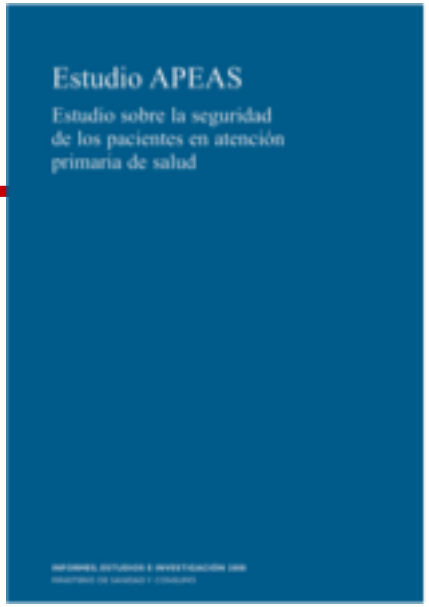


- Resultats:
  - Incidència EA 9,3% (**evitables un 42,8%**) i un 17% de ells >1 EA
  - Un 22% dels afectats el EA fou causa posterior de reingrés
  - El 12,4% >65 anys presentà EA *vs* el 5,4% <65 anys, **+ de 2.5 vegades!!**.
  - 45% EA lleus, 39% moderats i 16% greus (**Densitat incidència 1,4 EA /100 estades**)
  - Causes principals: medicació (37%), infecció nosocomial (25%) i pràctiques derivades dels procediments (25%)

Generalitat de Catalunya

[1]**Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud** · Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

Estudis a Espanya – APEAS (II)

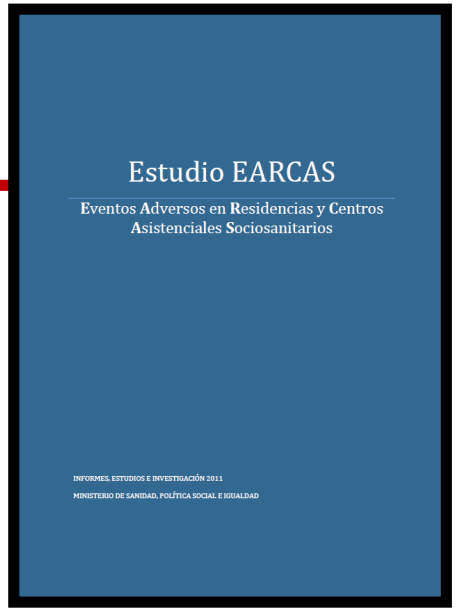


APEAS[1]

Estudio Nacional de Eventos Adversos en Atención Primaria. 2008.

- Resultats:
  - Prevalença EA 10,11% (evitables un 70%), 6,7% +1 EA
  - 54 % de EA lleus, un 38 % moderats i un 7 % greus (la meitat que a hospitals)
  - Causes principals: medicació, cures i comunicació
  - El 60% de los fàrmacs son consumits per pacients >65 anys
  - **70-80% dels EA evitables**

Estudis a Espanya – EARCAS



Misió de la atención sociosanitària

"Tenir cura d'aquells pacients, generalment crònics, que per les seves característiques especials poden beneficiar-se de l'actuació simultània i sinèrgica dels serveis sanitaris i socials per augmentar la seva autonomia, pal·liar les seves limitacions o sofriments i facilitar la seva reinserció social"

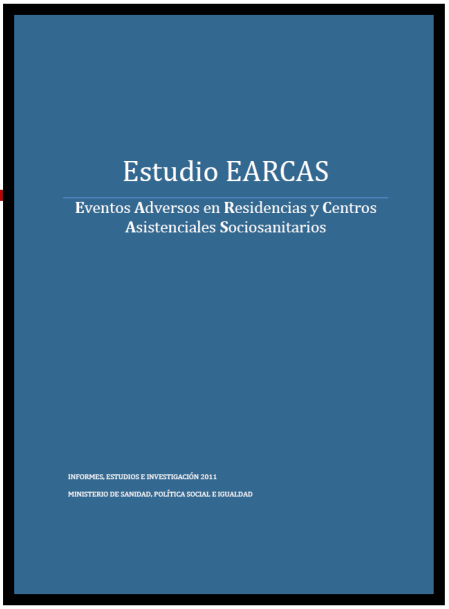
124 Hospitals de mitja i llarga estada

85 privats i 39 públics

5.091 Residències sociosanitàries

1.019 públiques i 4.072 privades

Estudis a Espanya – EARCAS (II)

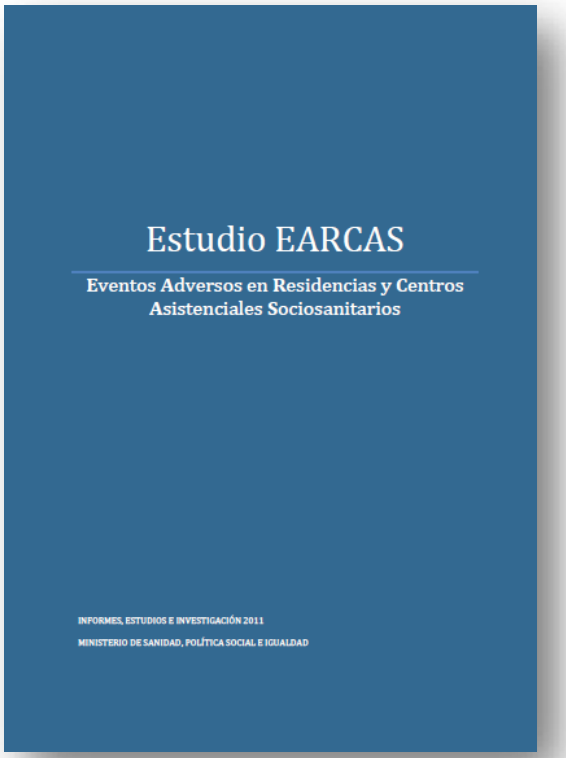


1. Complementa els estudis ENEAS i APEAS
2. **Dificultat per la manca de dades prèvies** d'IRSP i EA. Estudi de tipus qualitatiu, mètode DELPHI (enquestes i metaplan)
3. **Únic estudi d'aquestes característiques** (sociosanitaris)
4. **Singularitat de l'àmbit**: difícil distinció entre danys (EA) i condicionants clínics

[1]**Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud** · Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

Estudis a Espanya – EARCAS (III)

Events Adversos a Residències i Centres Assistencials Sociosanitaris



Fase 1
- Delphi

Fase 2
- Enquesta

Fase 3
- Metaplan

Generalitat de Catalunya

Fase 1

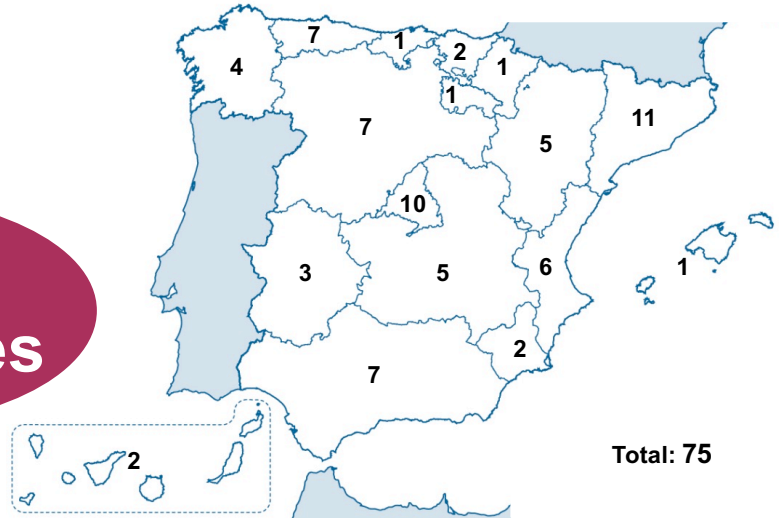
- Delphi

Estudis a Espanya – EARCAS

Incidents i events adversos més comuns

Factors contribuients

62,8% residències



Incidents i EA relacionats amb la valoració del pacient
Incidents i EA relacionats amb el diagnòstic
Incidents i EA relacionats amb les cures

Infeccions relacionades a l'assistència sanitària
Errors de medicació
Esdeveniments adversos per medicaments

	VALORACIÓN GENERAL DEL PACIENTE	FACTORES CONTRIBUYENTES								
		FI	FES	FC	FT	FFE	FER	CT	FOE	FP
☐	Error en la identificación del paciente	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	Fallo en la valoración física de la dependencia: deambulación, higiene personal, alimentación, eliminación,	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	Fallo en la valoración clínica del paciente: identificación de diagnósticos médicos, patología de base	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	Fallo en la valoración física	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	Fallo en la valoración mental: escalas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	Fallo en la valoración social	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	Fallo en la revisión de la medicación del paciente	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	No establecer necesidades particulares del paciente. Plan de cuidados del paciente	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	Deficiente valoración del estado del enfermo por prestar poca atención a las notas de la historia clínica.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	No actualización de datos en la historia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	Otros (especifique)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

La descripción detallada de los factores contribuyentes está disponible en las páginas 6-10
FI: Factores individuales, **FES**: Factores del equipo y sociales, **FC**: Factores de comunicación, **FT**: Factores ligados a la tarea, **FFE**: Factores ligados a la formación y el entrenamiento, **FER**: Factores ligados al equipamiento y los recursos, **CT**: Condiciones de trabajo, **FOE**: Factores organizativos y estratégicos, **FP**: Factores de pacientes

Generalitat de Catalunya

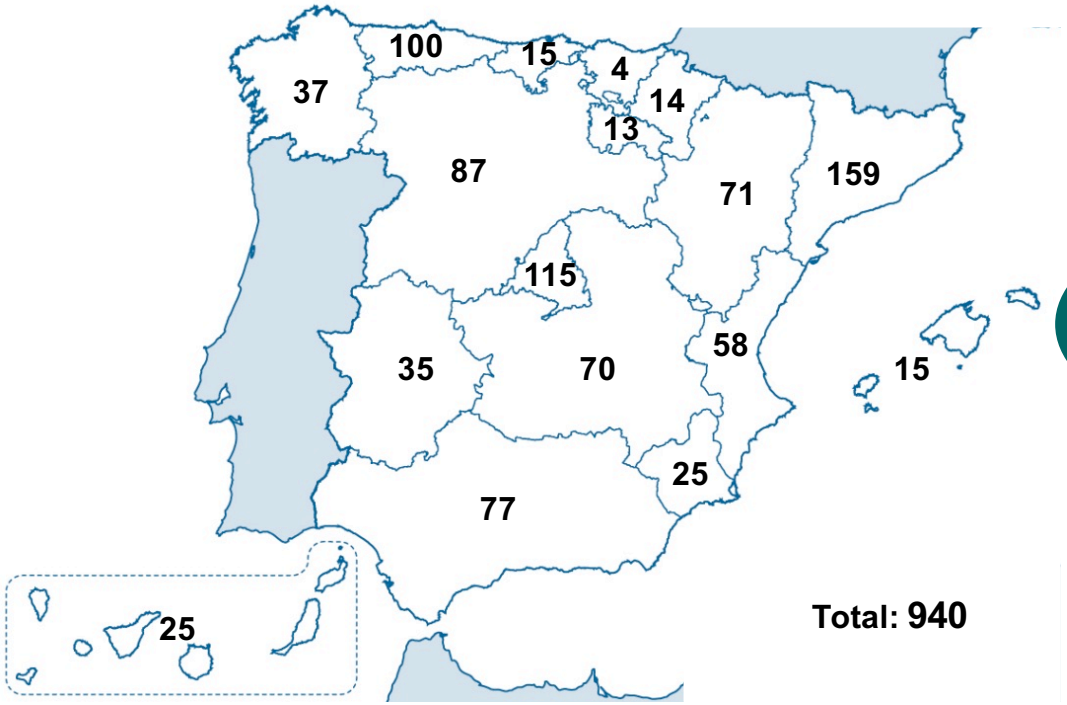
Fase 2

- Enquesta

Estudis a Espanya – EARCAS

Estimar la freqüència d'aparició d'incidents i esdeveniments adversos durant l'últim any

Diario	Semanal	Mensual	Varias veces al año	1 o 2 veces al año	Ninguna vez



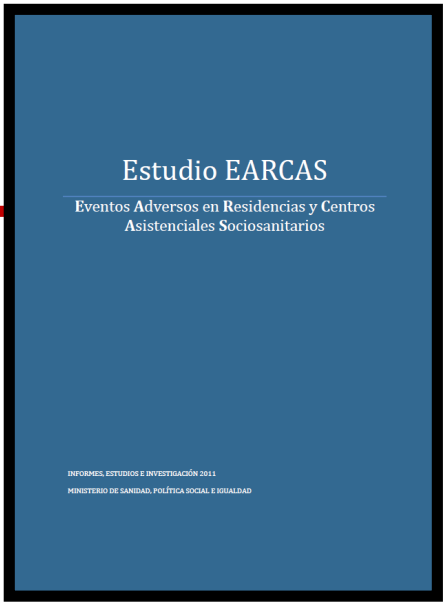
59,7% residències

Generalitat de Catalunya

Estudis a Espanya – EARCAS – Trets diferencials

Rasgos	Hospitalización convencional	RES y HMLE
Características de los pacientes	Patología médica y quirúrgica de carácter agudo Urgencias	Crónicos Enfermedades invalidantes
Estándares asistenciales	+++	++
Recursos humanos	+++	+
Recursos materiales	+++	++
Tiempo de exposición o permanencia en el sistema	+	+++
Intervencionismo diagnóstico	+++	+
Intervencionismo terapéutico	+++	++
Posibilidades de control/seguimiento del paciente	++	+
Posibilidades de apoyo especializado inmediato	+++	++

Estudis a Espanya – EARCAS – Molt per fer!



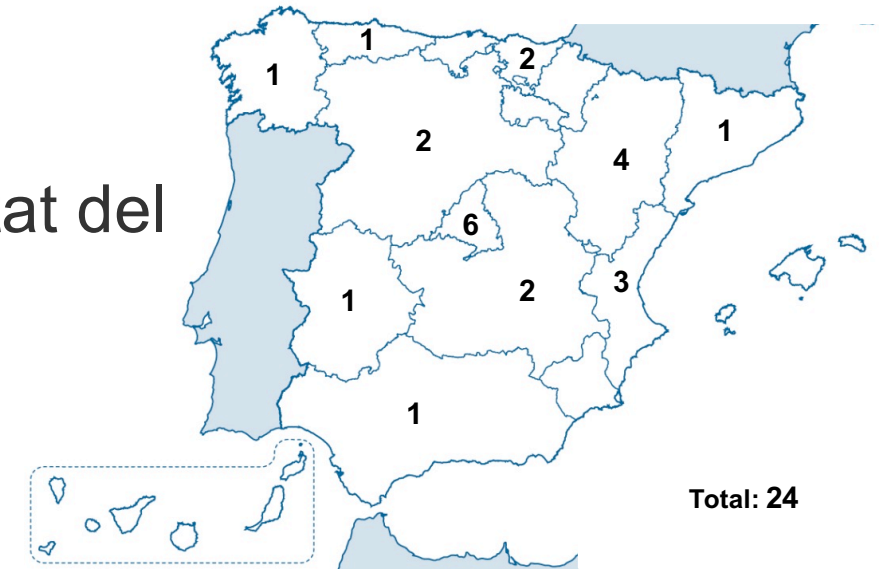
1. Les **activitats formatives en SP són escasses** i hi ha, en general, poca cultura de la seguretat.
2. Els centres participants, **disposaven de sistemes de registres, vigilància i control**, centrats bàsicament en caigudes, úlceres per pressió, errors de medicació i infeccions.
3. **Els EA més comuns són els relacionats amb les cures**: errors de medicació, les infeccions relacionades amb l'assistència sanitària (IRES) i els de valoració del pacient.
4. Els **factors relacionats amb els pacients**, (vulnerabilitat, característiques clíniques i socials, comunicació, formació) **i els propis professionals van ser els més prevalents**.
5. És prioritari protocol·litzar **la coordinació entre nivells i la transició assistencial**, desenvolupar plans de cures individualitzades i la revisió de tractaments i millorar aspectes com la higiene de mans, la identificació de pacients, el treball en equip i la comunicació.

Fase 3

- Metaplan

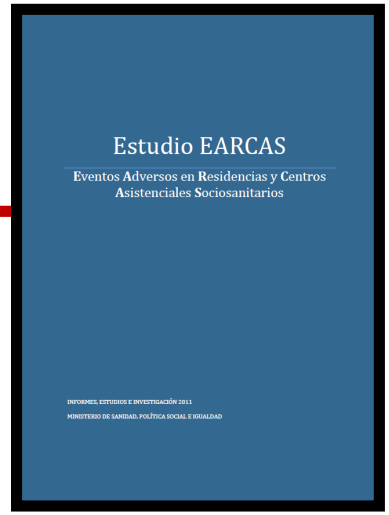
Estudis a Espanya – EARCAS

Identificar estratègies efectives i sostenibles per millorar la seguretat del pacient



Millorant la seguretat del pacient a l'ingrés / reingrés
Millorant les cures proporcionats als pacients
Reduint les infeccions associades a l'assistència sanitària
Millorant la seguretat en l'ús de la medicació

EARCAS – Estratègies a prioritzar



1. Implantar **estratègia identificació de l'usuari**
2. Millorar procés de cures del pacient
   - Desenvolupament d'un **pla d'atenció centrat en el pacient**
   - Protocol·lització d'actuacions **prèvies a l'ingrés**
   - Protocol·lització **d'actuacions en el moment i després de l'ingrés**
3. Millorar atenció de situacions de risc associades a síndromes geriàtriques:
   - Infeccions: **IRAS** i **higiene de mans**
   - Revisió del pacient **polimedicat**
   - **Caigudes i ús de subjeccions**
   - **Úlceres per pressió i lesions per mobilització**
4. **Formació i sensibilització** dels professionals en seguretat

Preguntes…

1. EARCAS va ser un punt de partida amb problemes derivats del tipus d'estudi, heterogeneïtat dels serveis avaluats, manca d'experiència i registres limitats... Entre altres
2. Necessitem millors estudis i de major rigor científic?
3. Es necessari poder homogeneïtzar la mostra i dispositius per analitzar problemes i estratègies a prioritzar?

- Los errors son variacions en els processos
- La gestió de la qualitat total necessita una cultura en la que els errors no es visualitzin com a errades humanes, sinó com a oportunitats per a millorar el sistema

Photo courtesy of Lucian Leape

Leape L, Brennan T, Laird N, Lawthers A, Localio A, Barnes B, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II. N Engl J Med 1991;324:377-84

Evidència i principals problemes a l'àmbit sociosanitari

Revisión sistemática sobre recomendaciones de seguridad del paciente para centros sociosanitarios

Med Clin (Barc). 2013;141(9):397–405

Víctor Reyes-Alcázar [a,*], Jacobo Cambil Martín [b] y Manuel Herrera-Usagre [a], en representación del grupo de estudio SADECA para la mejora de la seguridad del paciente en centros sociosanitarios [◇]

Los estudios analizados se centran principalmente en el personal de enfermería. La mayoría de las recomendaciones se basan en aspectos relacionados con la ***medicación****, la* ***formación del personal****, las* ***úlceras por presión o caídas****, la* ***adherencia a guías y protocolos****, así como* ***aspectos relacionados con la cultura organizacional****.*

Nivel de evidencia de los estudios revisados

Nivel de evidencia	Estudios
1 B	Van Gaal et al.[36]
1(-) B	Neyens et al.[19]
2(+) D	Wagner et al.[37]
3 C	Taylor et al.[35]
3 D	Hickey et al.[25], Castle y Sonon[26], Tjia et al.[27], Mahmood et al.[28], Kim et al.[33], Pierson et al.[34]
4 D	Bonner et al.[17], Murray y Laditka[18], O'Hare[20], Parsons et al.[21], Parsons et al.[22], Tak et al.[23], Wang y Moyle[24], Kenny et al.[29], Adams-Wendling et al.[30], *Australian Pharmaceutical Advisory Council*[31], Smith et al.[32], Flinn y Malani[38]

Pacient sociosanitari i UPP

- Prevalença de les UPP
- Complicacions i conseqüències de les UPP
- Cost econòmic
- Cost al pacient
- Les UPP com sd geriàtric complex
- Les UPP i la seva prevenció
- Les UPP i el marc futur, a major complexitat major probabilitat d'UPP?

UPP prevalença

En el segon estudi nacional de prevalença d'úlceres per pressió (UPP)[1] realitzat a Espanya el 2005, en l'atenció primària es va observar **una prevalença d'UPP del 9,1% dels pacients que rebien atenció domiciliària; del 8,9% en hospitals i del 10,9% en centres sociosanitaris.**

Tabla 19. Nivel asistencial donde se han originado las lesiones

Atención Primaria	%	Hospitales de agudos	%	Centros sociosanitarios	%
En el domicilio del paciente	61,3	En el propio hospital	51,6	En el propio centro sociosanitario	41,0
En hospital de agudos	22,4	En otro hospital	7,8	En otro centro sociosanitario	4,3
En centros sociosanitarios	5,0	En el domicilio del paciente	23,7	En hospital de agudos	29,0
Desconocido	11,4	En centros sociosanitarios	6,7	En el domicilio	14,7
		Desconocido	11,2	Desconocido	11,0

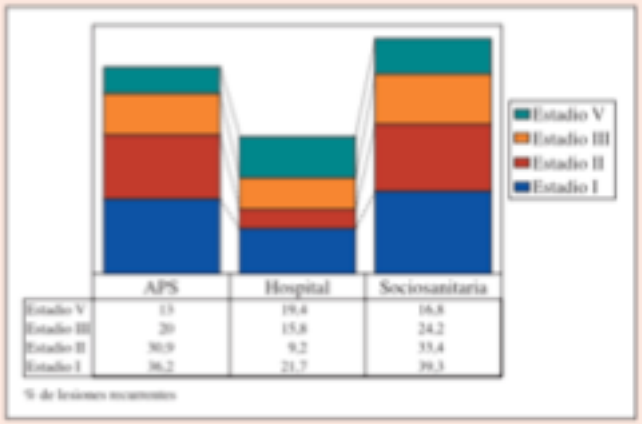


Fig. 3. Recurrencia de las lesiones. Distribución según nivel asistencial y espacio.

1.- 2º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2005. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v17n3/154helcos.pdf

UPP prevalença (II)

3.er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes[1]

En el tercer estudi de prevalença d'UPP (2009) es va objectivar un % d'UPP similar al de 2005 a àmbit hospitalari, sociosanitari i primària, **tot i que persisteix com a problema de primer ordre**.

Tipo de hospital				
Alta complejidad	13,11 ± 18,57 Mediana: 7,14	8,65-17,57	0	100
General	8,54 ± 10,15 Mediana: 6,25	6,86-10,22	0	66,67
Comarcal	9,22 ± 10,45 Mediana: 6,25	5,92-12,52	0	42,86

Tabla 10. Prevalencia de UPP en centros sociosanitarios según tipo de unidad

Tipo de unidad	Media ± DE	IC_{95}	Mínimo	Máximo
Residencias asistidas	4,95 ± 3,75 Mediana: 4,43	3,93-5,96	0,0	17,5
Centros sociosanitarios	10,59 ± 7,49 Mediana: 8,06	8,41-12,77	0,0	34,88
Otros centros	7,22 ± 5,29 Mediana: 4,34	-5,9-20,37	4,0	13,33
Centros de discapacitados	0			
Cuidados paliativos	0			

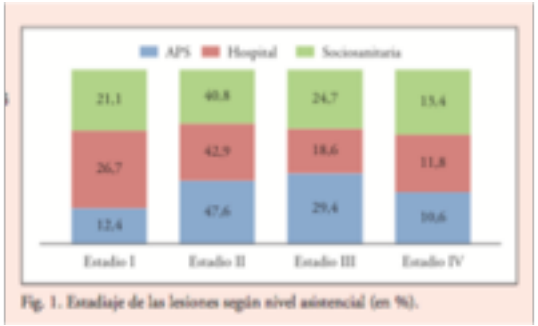


Fig. 1. Estadiaje de las lesiones según nivel asistencial (en %).

Generalitat de Catalunya

3º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos 2011;22(2):77-90

UPP Complicacions

Tabla 53. Frecuencia de aparición de IRSP y EA relacionados con los cuidados al paciente según el perfil profesional del encuestado

IRSP Y EA	Prof.	Diario, semanal, mensual		Anual		Ninguna vez		Total		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Caídas en la deambulación	MDC	56	38,6	88	60,7	1	0,7	145	100	<0,001
	ENF	172	42,4	222	54,7	12	3,0	406	100	
	AE	97	28,2	227	66,0	20	5,8	344	100	
Caídas en el baño, habitación	MDC	53	36,6	90	62,1	2	1,4	145	100	<0,001
	ENF	148	36,5	243	60,0	14	3,5	405	100	
	AE	67	19,4	252	73,0	26	7,5	345	100	
Caídas de la cama, silla de ruedas, sillón	MDC	52	35,9	89	61,4	4	2,8	145	100	<0,001
	ENF	130	32,3	246	61,2	26	6,5	402	100	
	AE	60	17,4	250	72,7	34	9,9	344	100	
Escaras, úlceras por presión	MDC	23	15,9	110	75,9	12	8,3	145	100	0,006
	ENF	74	18,3	301	74,3	30	7,4	405	100	
	AE	41	12,2	246	73,2	49	14,6	336	100	
Incontinencia urinaria o fecal	MDC	46	31,7	88	60,7	11	7,6	145	100	<0,001
	ENF	142	35,2	227	56,3	34	8,4	403	100	
	AE	139	41,7	133	39,9	61	18,3	333	100	

Tabla 55. Frecuencias agrupadas de aparición de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria según el total de encuestados

IRAS	Diario, semanal, mensual		Anual		Ninguna vez		No contesta	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Neumonía por aspiración	106	11,3	632	67,2	175	18,6	27	2,9
Infección de úlceras por presión	103	11,0	670	71,3	141	15,0	26	2,8

Elevada prevalença i elevat % complicacions

UPP Cost al sistema

Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España

Tabla 10. Costes nacionales del tratamiento por tipo de componente

Estadio de las lesiones	Costo total (millones de euros)	Materiales	Tiempo de enfermería	Estancia extra hospital	Estancia extra sociosanitaria
I	11,96	7%	93%	-	-
II	141,34	12%	14%	48%	26%
III	185,45	15%	19%	44%	22%
IV	122,66	16%	20%	45%	19%
Todas	461 mill €	67,4 mill €	88,6 mill €	205,8 mill €	99,7 mill €
		14,6%	19,2%	44,6%	21,6%

Representen el 5% del pressupost sanitari anual!!

UPP Conseqüències per al pacient

Am J Phys Med Rehabil. 2014 Jul;93(7):638. doi: 10.1097/PHM.0000000000000124.

Re: Impact of pressure ulcers on outcomes in inpatient rehabilitation facilities.

Santaeugènia S[1], Mas MÀ, Alventosa AM, Garcia M, Monterde A, Gutiérrez A.

Negative impact of PU presence at admission to the rehabilitation unit (compared with PU free) **was measured** using Barthel Index at discharge (53.1 vs. 68.6 ; P< 0.001), length of stay in days (70.4 vs. 59.2; P<0.001), and percentage of discharge destination (community, 69.2% vs. 82.5%; long-term care unit 14% vs. 6.4%; acute care unit 8.4% vs. 6.2%; death 8.4% vs. 4,8%, P< 0.001).

Does the presence pressure ulcers entail "high risk of negative outcomes" in geriatric rehabilitation? Results from a retrospective cohort study

¿Son las úlceras por presión al ingreso, un factor predictor negativo de los resultados en unidades de rehabilitación geriátrica? Resultados de un estudio de cohortes retrospectivo

Nutr Hosp. 2017; 34(6):1314-1319

Sebastià J. Santaeugènia[1], Miquel Àngel Mas[1], Francisco J. Tarazona-Santabalbina[2], Ana Maria Alventosa[1], Manoli García[1], Albert Monterde[1], Alicia Gutiérrez1 and Joan Cunill[1]

Impact of Pressure Ulcers on Quality of Life in Older Patients: A Systematic Review

Claudia Gorecki, MSc, Julia M. Brown, Professor,* E. Andrea Nelson, PhD,† Michelle Briggs, PhD,† Lisette Schoonhoven, PhD,‡ Carol Dealey, PhD,§ Tom Defloor, Professor,‖ Jane Nixon, PhD,* and on behalf of the European Quality of Life Pressure Ulcer Project group*

CONCLUSION: There is evidence that PUs and PU interventions have a significant impact on HRQL and cause substantial burden to patients. **J Am Geriatr Soc 57:1175–1183, 2009.**

UPP y Professionals

Adv Skin Wound Care. 2016 May;29(5):226-238.

Contextual Facilitators of and Barriers to Nursing Home Pressure Ulcer Prevention.

Hartmann CW[1], Solomon J, Palmer JA, Lukas CV.

Existeixen llacunes importants en el coneixement de com aconseguir l'èxit, sostingut en la prevenció d'úlceres per pressió (PRU) en residències.

Elements facilitadors:

- estructures de suport a l'esforç del canvi
- organització de prioritats,
- l'alineació i el suport als professionals
- Implantar cultura de millora
- Existència clara de rols i responsabilitats
- Estratègies de comunicació eficaços
- dotació de personal i les pràctiques clíniques adequades
- Lideratge clar i expert en Prevenció i maneig d'UPP

UPP i Pacients… no només en geriàtrics!!

ORIGINAL ARTICLE

Pressure ulcers in four Indonesian hospitals: prevalence, patient characteristics, ulcer characteristics, prevention and treatment

Yufitriana Amir[1,2,*], Christa Lohrmann[3], Ruud JG Halfens[2] and Jos MGA Schols[4]

Article first published online: 28 MAR 2016

DOI: 10.1111/iwj.12580

© 2016 Medicalhelplines.com Inc and John Wiley & Sons Ltd

Issue

International Wound Journal

Early View (Online Version of Record published before inclusion in an issue)

The prevalence of pressure ulcers in the paediatric population

Laila Habiballah[a], Ahmad Tubaishat[b]

A Prospective, Descriptive Study to Determine the Rate and Characteristics of and Risk Factors for the Development of Medical Device-related Pressure Ulcers in Intensive Care Units

Tuesday, 02/09/16 | 1371 reads

Tweet 3 Share 63 Share 1 sharethis 226 G+1 0

ORIGINAL RESEARCH

Issue Number:
Volume 62 - Issue 2 - February 2016 ISSN 1943-2720

Index: Ostomy Wound Management 2016;62(2):12–22

Seval Hanonu, RN, MSN; and Ayise Karadag, RN, ET/WOCN, MsN, PhD, Prof. Dr.

Login to Download PDF version

Original Article

Spinal Cord , (19 January 2016) | doi:10.1038/sc.2015.239

Hospital-acquired pressure ulcers in spinal cord injured patients: time to occur, time until closure and risk factors

H van der Wielen, M W M Post, V Lay, K Gläsche and A Scheel-Sailer

Generalitat de Catalunya

UPP i el seu abordatge

Preventing Pressure Ulcers: A Systematic Review

Madhuri Reddy, MD, MSc
Sudeep S. Gill, MD, MSc
Paula A. Rochon, MD, MPH

JAMA. 2006 Aug 23;296(8):974-84.

Table. Summary of Findings*

Assessment	Overall Strength of Evidence	Randomized Trials, n	Patients, n	Overall Quality	Consistency†	Directness‡
Effectiveness of risk assessment instruments in reducing incidence of pressure ulcers (Waterlow, Norton, and Braden scales)	Low (Waterlow); insufficient (Norton and Braden)	3§	1992	Good (Waterlow); poor (Norton and Braden)	Not applicable (1 study for each instrument)	Direct
Effectiveness of preventive interventions						
Advanced static mattress or overlay vs. hospital mattress	Moderate	12	2533	Fair	High	Direct
Advanced static mattress or overlay vs. advanced static mattress or overlay	Moderate	11	1170	Fair	Moderate	Direct
Low-air-loss bed vs. standard hospital mattress	Low	2	134	Fair	Low	Direct
Alternating-air overlay or mattress vs. standard hospital mattress	Low	3	768	Poor	High	Direct
Alternating-air overlay or mattress vs. advanced static overlay or mattress	Moderate	6	1339	Fair	Moderate	Direct
Heel ulcer support or boots vs. usual care	Low	2	291	Fair	Low	Direct
Sophisticated wheelchair cushions vs. standard wheelchair cushions	Low	4	653	Fair	Low	Direct
Nutritional supplementation vs. standard hospital diet	Low	6	1553	Poor	Moderate	Direct
Repositioning interventions vs. usual care	Low	4	1332	Fair	Moderate	Direct
Small unscheduled shifts in body position vs. usual care	Low	2	34	Poor	High	Direct
Fatty acid cream vs. placebo	Low	2	417	Fair	Moderate	Direct
Harms of preventive interventions						
Support surfaces vs. usual care	Low‖	9	4524	Fair	Moderate	Direct
Nutritional supplementation	Low‖	1	129	Fair	Not applicable (1 study)	Direct
Repositioning	Low‖	2	884	Fair	Moderate	Direct
Lotions, creams, and cleansers	Low‖	3	424	Fair	Moderate	Direct

Generalitat de Catalunya

UPP i el seu abordatge

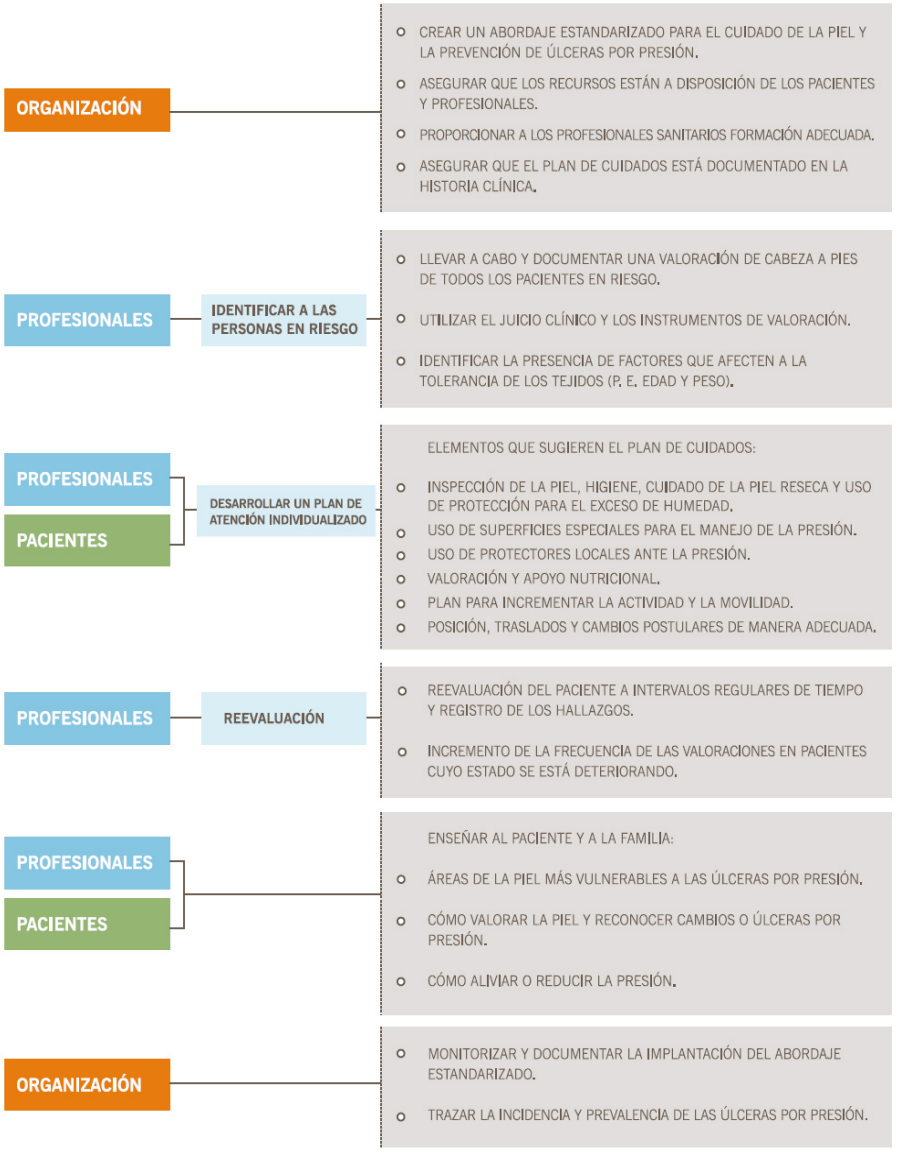
Antibiotics and antiseptics for pressure ulcers (Review)

Norman G, Dumville JC, Moore ZEH, Tanner J, Christie J, Goto S

Els assaigs inclosos van avaluar els següents agents antimicrobians: povidona iodada, iode cadexómero, violeta de genciana, lisozima, apòsits de plata, mel, resina de pi, polihexanida, sulfadiazina de plata, i nitrofurazona amb metoxi-diaminoacridina. L'evidència va variar de moderada a molt baixa qualitat.

Els efectes relatius dels tractaments antimicrobians sistèmics i tòpics sobre les úlceres per pressió no estan clares. ... Els assajos són petits, clínicament heterogènia, generalment de curta durada, i estan en risc alt o de biaix incert. La qualitat de les proves varia de moderada a molt baixa; proves en totes les comparacions estava subjecte a certes limitacions.

UPP Recomanacions en l'abordatge sociosanitari



Generalitat de Catalunya

Conceptos alrededor de fármacos

- **Polifarmacia**
- **Adherencia**
- **Revisión y conciliación de medicamentos**
- **Deprescripción**
- **Adecuación de la prescripción**
- **Prescripción centrada en la persona**

Uso seguro de medicación en ancianos (VI)

Etapas del proceso terapéutico:

- **Prescripción (56% de los EA)**
  - Errores en dosis, frecuencia, cantidad, vía administración, duplicidades, omisión,…
- **Transcripción (3%)**
  - No coincidencia con lo prescrito
- **Dispensación (4%)**
  - Cuando no coincide con la prescrita
- **Administración (35-40%)**
  - Error en tiempo de administración
  - Error de dosificación
  - Forma farmacéutica equivocada
  - Preparación errónea de un medicamento
  - Medicamento deteriorado
  - Error adherencia del paciente

Factors de risc en pacients sociosanitaris per patir AAM

Factores relacionados con el paciente	**- Cambios asociados al envejecimiento en la farmacocinética y farmacodinámica de los medicamentos.** **- Dependencia derivada de deterioro funcional y cognitivo.** **- Presencia de enfermedades crónicas y comorbilidades asociadas.** **- Evolución en el tiempo de la situación clínica y funcional.** **- Influencia del entorno familiar/paciente.** **- Dificultades en el cumplimiento terapéutico del paciente.**
Factores relacionados con el tratamiento	- Medicamentos de margen terapéutico estrecho. - Polifarmacia. - Complejidad del tratamiento. - Utilización de medicamentos considerados potencialmente inapropiados.
Factores relacionados con el sistema sanitario/social	- Deficiencias organizativas y de coordinación/integración de la atención sanitaria. - Problemas de accesibilidad a los servicios especializados. - Duplicidades de servicios médicos y farmacéuticos. - Institucionalización. -Necesidades no cubiertas de medicamentos de diagnóstico/uso hospitalario.

Generalitat de Catalunya

Prestación farmacéutica especializada en centros sociosanitarios: análisis de situación y propuesta Cronos- SEFH. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 2013.

Polifarmacia

Factors associated with excessive polypharmacy in older people

Walckiers et al. Archives of Public Health (2015) 73:50
DOI 10.1186/s13690-015-0095-7

Denise Walckiers, Johan Van der Heyden* and Jean Tafforeau

- >90% de los fármacos se pautan en personas con enfermedades crónicas
- 96% gasto farmacéutico total
- Si se toman 2 F riesgo del 13% interacciones o EA
- Si se toman 4º + fármacos riesgo se dispara a 38%
- ….

Consecuencias clínicas
- Disminución adherencia terapéutica
- Efectos adversos a los medicamentos
- Interacciones fármaco-fármaco y medicamento-enfermedad
- Riesgo de hospitalización, de prolongación de la misma y de reingreso
- Riesgo de caídas y de lesiones provocadas por las mismas
- Disminución funcionalidad física
- Deterioro calidad de vida relacionada con la salud
- Aumento de la morbilidad
- Aumento de la mortalidad

Consecuencias legales
- Responsabilidad civil en caso de daños resarcibles
- Responsabilidad penal por imprudencia o dejación de funciones que ocasionen daño a la vida o a la integridad física

Consecuencias éticas
- Deterioro relación clínica
- Pérdida de confianza en la asistencia sanitaria

Consecuencias sociales
- Alteraciones en el rol y funciones sociales del individuo

Consecuencias económicas
- Gastos directos: gasto farmacéutico (hospitalario y por receta), consultas y hospitalizaciones por efectos adversos, pruebas diagnósticas, etc.
- Costes sanitarios no directos: cuidados y adaptaciones domiciliarias por discapacidades
- Costes indirectos: productividad perdida asociada al daño producido por los medicamentos
- Costes intangibles: daño moral, disminución calidad vida, deterioro bienestar, etc.

Consecuencias en la política sanitaria y en la salud pública
- Medidas legislativas y administrativas
- Políticas y planes de salud

Polifarmacia

Factores asociados a la polifarmacia en población anciana no institucionalizada. Análisis de la submuestra de la Encuesta Nacional de Salud 2006 para personas mayores de Castilla y León

- **El 86% de los entrevistados declaró consumir medicamentos** y el 93,9% presenta alguna enfermedad crónica.
- Los problemas de salud más frecuentes son: artrosis, artritis o reumatismo (53,5%) e hipertensión (48,3%) y los medicamentos más consumidos son hipotensores (45%), medicamentos para el dolor (37,1%) y para el reumatismo (21,4%).
- Tanto **la media de enfermedades** presentadas **como los fármacos consumidos** son significativamente **superiores** en aquellos que dicen tener **«mala o regular salud»**, los que **frecuentan los servicios sanitarios**, los que presentan **déficit visual y auditivo** y los que tienen **dependencia para el cuidado personal, labores domésticas y movilidad** ($p < 0,05$).
- Las variables asociadas a la polifarmacia son: 3 o más enfermedades crónicas (OR = 18,3), salud autopercibida regular-mala (OR = 3,4) y sexo femenino (OR = 1,9)

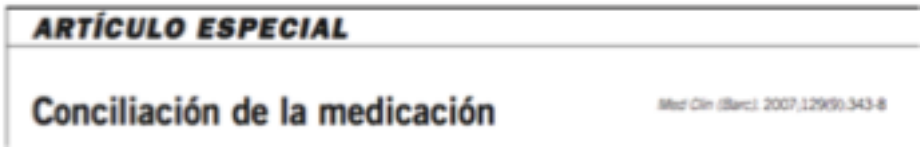
Adherencia

Perfil de prescripción farmacológica en pacientes con enfermedades crónicas no neoplásicas en fase avanzada

N. Ramírez-Duque et al / Rev Esp Geriatr Gerontol. 2014;xxx(xx):xxx–xxx

- De 1.847 pacientes encuestados (96.2% respondieron).
- Los **fármacos más prescritos** fueron: antihipertensivos (82,6%), gastroprotectores (73,8%), antiagregantes/anticoagulantes (70,3%) y **psicotrópicos (51,8%)**.
- La **prevalencia** de polifarmacia (+5)/polifarmacia-severa (+10) fue de **86,2-31,3%** (consumo medio: 8 ± 3,5 fármacos).
- El 48,2% reconocía cometer errores en la toma: el 38,5% ocasionalmente y el 9,6% casi diariamente o siempre.
- La **no-adherencia** se relacionó con: cumplir criterios de paciente pluripatológico, > 3 ingresos en los últimos 3 meses, deterioro cognitivo y la toma de > 5 fármacos.
- La **polifarmacia severa** se relacionó con cumplir criterios de paciente pluripatológico y > 3 ingresos en los últimos 3 meses.

Revisión y conciliación de medicación



ARTÍCULO ESPECIAL

Conciliación de la medicación

- El objetivo del proceso de conciliación de la medicación es **garantizar que los pacientes** reciben **todos los medicamentos necesarios que estaban tomando previamente** asegurándose de que están prescritos con la dosis, la vía y la frecuencia correctas y que son adecuados a la situación del paciente y la nueva prescripción realizada en el hospital

Revisión y conciliación de medicación

Errores de conciliación en el ingreso y en el alta hospitalaria en pacientes ancianos polimedicados. Estudio prospectivo aleatorizado multicéntrico

Med Clin (Barc). 2009;**133(19)**:741–744

- El **52,7% de los pacientes ancianos polimedicados presentaron errores de conciliación durante su estancia hospitalaria**, lo que implica el 13,9% de los medicamentos. La conciliación de la medicación debe ser un objetivo estratégico para mejorar la seguridad de los pacientes.

Deprescripción

REVISIÓN

Rev Esp Geriatr Gerontol. 2012;47(4):162–167

Ancianos frágiles polimedicados: ¿es la deprescripción de medicamentos la salida?

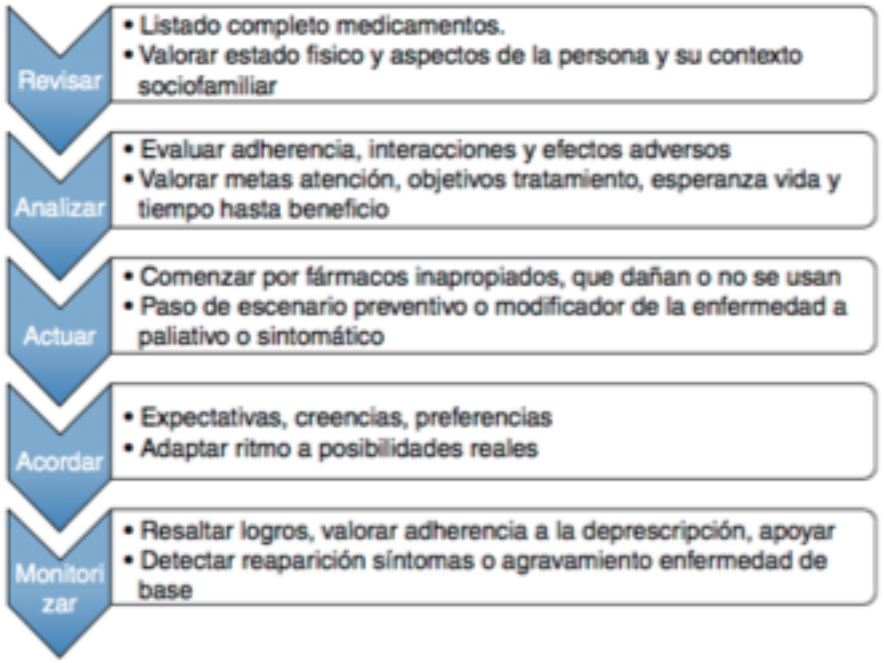


Figura 1. Fases del proceso de deprescripción de medicamentos. Adaptado de Hardy et al.[12].

Riesgos, barreras y amenazas asociadas a la deprescripción

Riesgos
- Aparición de efectos indeseables
- Agravamiento proceso de base

Barreras
- Barreras del propio sistema sanitario y de la sociedad
  - Receta electrónica y otros métodos que reactivan automáticamente la continuidad de las prescripciones
  - Guías clínicas y protocolos intervencionistas
  - Sistemas de salud impersonales, escaso *patient-centredness*
  - Prescripción inducida
  - Sobremedicalización y mercantilización de la salud
  - Prescripción, íntimamente asociada a acto clínico
  - Múltiples profesionales involucrados en la atención sanitaria de un mismo paciente
- Barreras del médico
  - Inercia sobreterapéutica
  - Educación médica centrada en el medicamento
  - Falta de destrezas para cambiar actitudes
  - Reticencias a cambiar medicamentos prescritos por otros facultativos
- Barreras en la relación médico-paciente
  - No discutir posibilidades de deprescripción con el paciente/familia
  - No tener en cuenta perspectiva del paciente
- Barreras del paciente
  - Percepción de abandono
  - Miedos, vivencias pasadas desagradables
  - Resistencias a abandonar medicamentos que vienen tomando largo tiempo

Amenazas y debilidades
- Discriminación por la edad
- Dificultades para determinar si un paciente realmente está en sus últimas etapas de la vida
- Paternalismo o asimetría en la toma de decisiones
- Olvidar los aspectos no farmacológicos de la medicación

La única conclusión válida que hasta el momento podemos sacar es que la deprescripción es una alternativa a los distintos modelos de intervención hasta ahora evaluados que puede resultar factible.

Y sobretodo…

Cuando hablamos de polimedicación como sd geriátrico, que es más importante el nº o la adecuación?

Prescripción adecuada!!

Medicación potencialmente inapropiada al ingreso en una unidad de media estancia según los criterios STOPP & START

Daniel Sevilla-Sánchez[a,*], Joan Espaulella-Panicot[b], Ana María de Andrés-Lazaro[c], Rosa Torres-Allezpuz[b], Montserrat Soldevila-Llagostera[b] y Carles Codina-Jane[a]

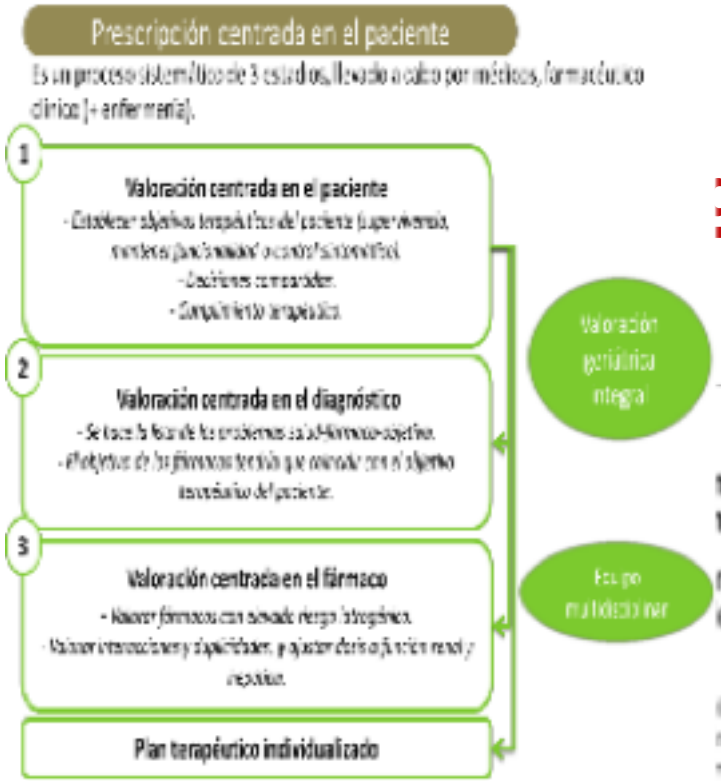
Rev Esp Geriatr Gerontol. 2012;

- Se incluyeron 134 pacientes, edad media de 82,02 años, 70% mujeres y una media 11,38 medicamentos/pacientes.

- Se registraron un total de 260 posibles problemas relacionados con los medicamentos detectados por los criterios STOPP & START, afectando a un 76% de los pacientes.

- Los grupos de fármacos contraindicados en pacientes con riesgo de caídas y los del grupo cardiovascular fueron los más frecuentes. Se dieron como válidos un 24,36% de los criterios STOPP y un 54,41% de los criterios START.

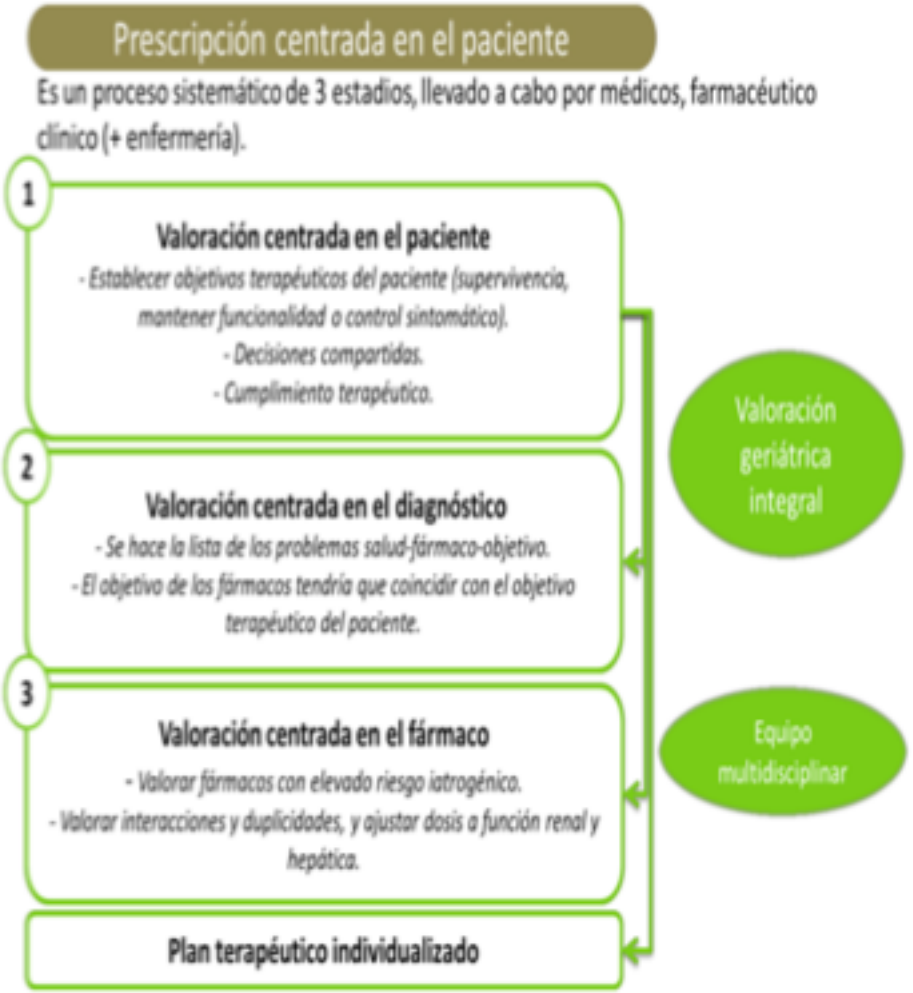
da en la persona – eina de futur



Modelo de prescripción centrado en la persona para mejorar la adecuación y adherencia terapéutica en los pacientes con multimorbilidad

Joan Espaulella-Panicot[a,b,*], Núria Molist-Brunet[a,b], Daniel Sevilla-Sánchez[a,b],

http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2017.03.002



Molist Brunet N, Espaulella Panicot J, Sevilla Sánchez D et al. A centered-patient prescription model assessing the appropriateness of chronic drug therapy in older patients at the end of life. European Geriatric Medicine 6 (2015) 565-69.

Generalitat de Catalunya

Las infecciones en el anciano

Las infecciones en el anciano

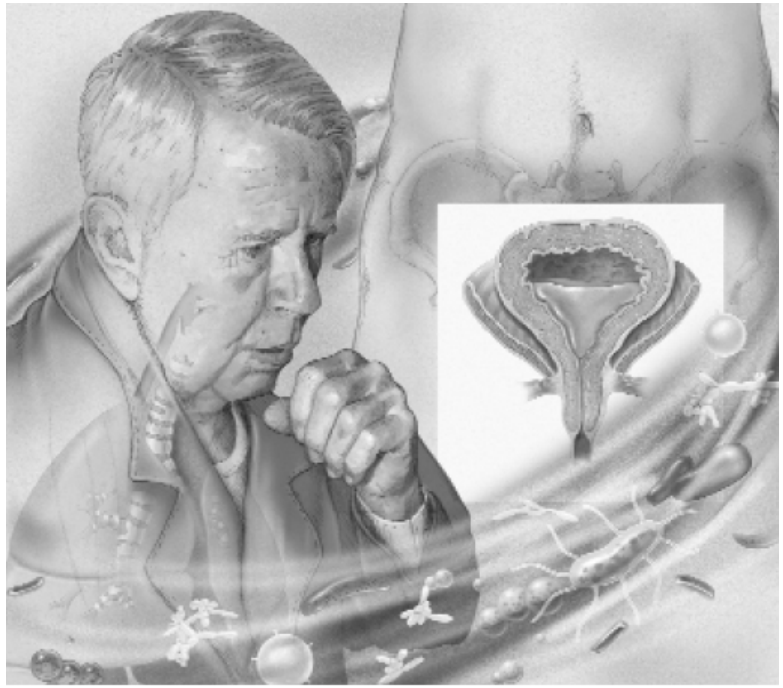
Las infecciones son la causa más frecuente de morbilidad y mortalidad en ancianos

Williams GO, Jogerst GJ. Infectious disease problems in the elderly. En : Reichel W, eds. Care of the elderly. Baltimore : Williams & Wilkins, 1995 ; 206-217.

Las infecciones en el anciano - características

Common Infections in Older Adults

CHARLES P. MOUTON, M.D., M.S., and ORALIA V. BAZALDUA, PHARM.D.
The University of Texas Health Science Center at San Antonio, San Antonio, Texas
BARBARA PIERCE, M.D., Monett, Missouri
DAVID V. ESPINO, M.D., The University of Texas Health Science Center at San Antonio, San Antonio, Texas

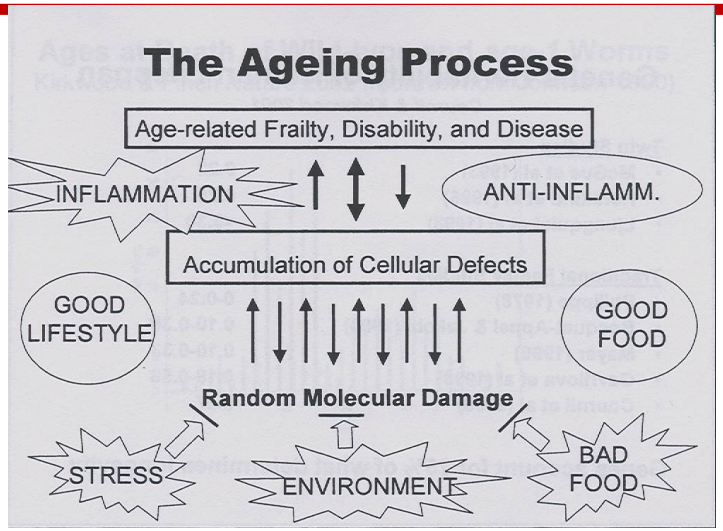


- Susceptibilidad aumentada a las infecciones
- Alta morbilidad y mortalidad
- Presentación clínica Atípica
- Presuncion diagnóstica
- Reacciones Adversas a Medicamentos
- Costos elevados en el tratamiento
- Frecuente retraso diagnóstico
- Mayor iatrogenia
- Conflictos éticos en la toma de decisiones

Las infecciones en el anciano - Etiología

MONOGRÁFICO

Infecciones en el anciano



Factores de riesgo de infección en el anciano

Aislamiento
Hospitalización
Institucionalización (centros sociosanitarios y residencias)
Instrumentalización (sondas, catéteres)
Malas condiciones higiénicas de la vivienda
Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento
Malnutrición
Comorbilidad
Ausencia de medidas preventivas

Cambios inmunológicos relacionados con el envejecimiento

1. Alteraciones de las subpoblaciones de linfocitos
   Incremento de linfocitos T de memoria
   Modificación del cociente CD4/CD8
2. Disminución del grado de respuesta de los linfocitos T
   Descenso en la proliferación de linfocitos T
   Incremento de la apoptosis de células T
3. Alteraciones de la producción de citocinas
   Disminución de IL-2 y de receptores IL-2
   Aumento de IL-4, IL-6 e IL-10
4. Disminución de la hipersensibilidad retardada
5. Incremento de la autoinmunidad

Las infecciones en el anciano

Población anciana heterogénea

Perfiles de ancianos

Anciano sano
- vida independiente
- ausencia de enfermedad aparente

Anciano frágil
- vida independiente
- enfermedad crónica, inestabilidad, fácil descompensación

Paciente geriátrico
- vida dependiente
-enfermedades crónicas múltiples, discapacidad, alt mental, probl social...

Se asemejan a adultos

Todos tienen > 65 años, pero su evolución será diferente

Presentaciones Atípicas, evolución tórpida

Las infecciones en el anciano - Dificultades

Presentación atípica[1,2]:

- Sd confusional
- Deterioro físico y/o psíquico brusco
- Fiebre Ausente
- Signos locales de infección menos evidentes
- Dificultad en la anamnesis
- Pródromos silenciosos

75% ancianos estudiados tenían fiebre rectal y no axilar[3]

Debe sospecharse una infección, ante cualquier cambio brusco en las constantes vitales y ante cualquier cambio reciente no explicable en el *status* funcional y/o mental del anciano [4]

[1] Jarvet JG et al. Arch Intern Med 1995 ; 155 : 1060-1064.
[2] Lopez C et al. An Med Inter (Madr) 1995 ; 12 : 107-110.
[3] Downton et al. Age Ageing 1987 ; 16:4
[4] Yoshikawa TT, Norman DC. Approach to fever and infection in the nursing home J Am Geriatr Soc 1996 ; 44: 74-82.

Infeccions Relacionades amb Assistència Sanitària

Documento de consenso

Programas de optimización de uso de antimicrobianos (PROA) en hospitales españoles: documento de consenso GEIH-SEIMC, SEFH y SEMPSPH☆,☆☆

Jesús Rodríguez-Baño[a,*], José Ramón Paño-Pardo[b,*], Luis Alvarez-Rocha[c], Ángel Asensio[d], Esther Calbo[e], Emilia Cercenado[f], José Miguel Cisneros[g], Javier Cobo[h], Olga Delgado[i], José Garnacho-Montero[j], Santiago Grau[k], Juan Pablo Horcajada[l], Ana Hornero[m], Javier Murillas-Angoiti[n], Antonio Oliver[o], Belén Padilla[f], Juan Pasquau[p], Miquel Pujol[m],

Enferm Infecc Microbiol Clin. 2012;30(1):22.e1–22.e23

Principales áreas para la organización de actividades educativas sobre la utilización de antibióticos en los hospitales

Principios del buen uso de antibióticos en el hospital
Consecuencias del uso inadecuado de los antibióticos
Epidemiología microbiana. Espectro y seguridad de los principales antibióticos
Diagnóstico etiológico de los principales síndromes de las enfermedades infecciosas
Tratamiento antibiótico empírico y optimización posterior del mismo
Duración de los tratamientos antibióticos
Optimización de la dosificación de antimicrobianos
Uso de antibióticos en profilaxis quirúrgica

Procesos infecciosos en los que se recomienda elaborar protocolos de tratamiento empírico y dirigido

Infecciones respiratorias
Neumonías adquiridas en la comunidad
Neumonías nosocomiales no asociadas y asociadas a ventilación mecánica
Infecciones de la piel, partes blandas y de las mucosas
Erisipela y celulitis
Fascitis necrosante
Pie diabético
Infecciones cardiovasculares
Endocarditis
Nativas
Protésicas
Infecciones de marcapasos y desfibriladores automáticos implantables
Infecciones relacionadas con los catéteres vasculares
Infecciones intraabdominales
Colecistitis y colangitis
Peritonitis secundaria
Peritonitis terciaria
Infecciones del tracto urinario
Pielonefritis, prostatitis
Bacteriuria asintomática (pacientes sondados y no sondados), cistitis
Infecciones del sistema nervioso central
Meningitis agudas
Encefalitis
Infecciones osteoarticulares
Artritis aguda
Osteomielitis aguda
Sepsis grave/shock séptico sin focalidad

Generalitat de Catalunya

Infeccions Relacionades amb Assistència Sanitària

Documento de consenso

Programas de optimización de uso de antimicrobianos (PROA) en hospitales españoles: documento de consenso GEIH-SEIMC, SEFH y SEMPSPH☆,☆☆

Jesús Rodríguez-Baño[a,*], José Ramón Paño-Pardo[b,*], Luis Alvarez-Rocha[c], Ángel Asensio[d], Esther Calbo[e], Emilia Cercenado[f], José Miguel Cisneros[g], Javier Cobo[h], Olga Delgado[i], José Garnacho-Montero[j], Santiago Grau[k], Juan Pablo Horcajada[l], Ana Hornero[m], Javier Murillas-Angoiti[n], Antonio Oliver[o], Belén Padilla[f], Juan Pasquau[p], Miquel Pujol[m],

Enferm Infecc Microbiol Clin. 2012;30(1):22.e1–22.e23

Principales recomendaciones para la realización de auditorías en el uso de antimicrobianos

Tipo de recomendación	Recomendaciones específicas	Potenciales ventajas
Toma de muestras para el diagnóstico microbiológico	Siempre antes del inicio del tratamiento antimicrobiano, y antes del cambio por fracaso	Permite el tratamiento dirigido de la infección
Tratamiento secuencial	Paso del tratamiento intravenoso a oral (con el mismo u otro antimicrobiano)	Reduce los riesgos del uso parenteral Reducción de costes
Optimización de dosis	Ajuste de dosis por peso, insuficiencia hepática, renal o interacciones Ajuste de dosis y forma de administración por criterios farmacocinéticos y farmacodinámicos	Mejora de eficacia Reducción de toxicidad
Cambio del antimicrobiano prescrito	Reducción del espectro: sustitución del antimicrobiano por otro de menor espectro y/o menor impacto ecológico Aumento del espectro Cambio por fármaco igualmente activo pero más recomendable por criterios de eficacia, toxicidad o coste	Mejora de eficacia Reducción de la toxicidad Reducción del impacto ecológico Reducción de costes
Suspensión	Suspensión de todo el tratamiento antimicrobiano Suspensión de alguno de los antimicrobianos utilizados en régimen combinado	Reducción del impacto ecológico Reducción de toxicidad Reducción de costes

IRAS – Vigilancia epidemiológica

- **EPINE** (Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España) del año 2010, la incidencia de IRAS se estableció en que en torno al **5 % de pacientes hospitalizados** desarrollará una infección nosocomial durante el ingreso; las infecciones de tracto respiratorio y las de tracto urinario son las más presentes.

- En Cataluña mediante el **VINCat (Vigilància de les Infeccions Nosocomials als Hospitals de Catalunya)**. Sis. de notificación que incide en los programas de detección de infección nosocomial de los hospitales y centros sociosanitarios y ofrece las tasas de incidencia de las IRAS, que corresponden a los casos nuevos de infección durante un periodo concreto (anual)

VINCat
Vigilància de les infeccions nosocomials als hospitals de Catalunya

Disponible en: http://vincat.gencat.cat/es/

IRAS – Directrices de intervención

- **Desarrollo y aplicación del plan de atención continuada**: estas intervenciones van dirigidas a identificar, ejecutar y evaluar el plan de atención del paciente. Ejemplos: la infección de tracto urinario (ITU) en el paciente sondado o el programa de detección precoz de la disfagia.

- **Mejora de la cultura de seguridad**: la cultura de seguridad implica promover y mejorar la comunicación y concienciación en materia de seguridad del paciente mediante reuniones del equipo multidisciplinar, supervisión activa de los planes de cuidados y desarrollo de sistemas de calidad orientados a la prevención del riesgo.

- **Control de calidad de estándares de indicadores de infecciones**: introducción de controles de calidad mediante estándares, a su vez que se crean vínculos con contratos de gestión o dirección por objetivos.

- **Protocolización de los cuidados y de la continuidad asistencial**: elaboración de protocolos y procedimientos actualizados como soporte a la asistencia.

IRAS – Directrices de intervención (II)

- **Procedimientos específicos para la prevención y el tratamiento de las IRAS**: procedimientos que establezcan criterios uniformes en la prevención y los cuidados de las úlceras por presión y las heridas crónicas.

- **Atención al equipamiento y recursos: desarrollar procedimientos para el mantenimiento y la limpieza de equipos**. Promover y formar sobre el manejo adecuado de productos para la higiene corporal, dispositivos para la prevención de úlceras por presión, dispositivos de eliminación, etc.

- **Detección de las áreas de mejora y promoción de la formación acreditada**: la identificación de las áreas de mejora formativas es uno de los aspectos clave en las directrices de intervención. Esta formación debe ser acreditada y de calidad, conjunta por profesionales, preferiblemente en el servicio y con incidencia mayor en grupos de profesionales clave (por ejemplo, profesionales de enfermería).

Qüestions…

1. Tenim desenvolupat PROAS específiques a centres sociosanitaris?
2. Son necessàries més enllà de estratègies de rentats de mans, i els sistema de notificació, una formació i una política antibiòtica de major presència?
3. En el món residencial respecte a àmbit sociosanitari encara el tractament es molt més simptomàtic i poc bassat en investigació microbiològica...

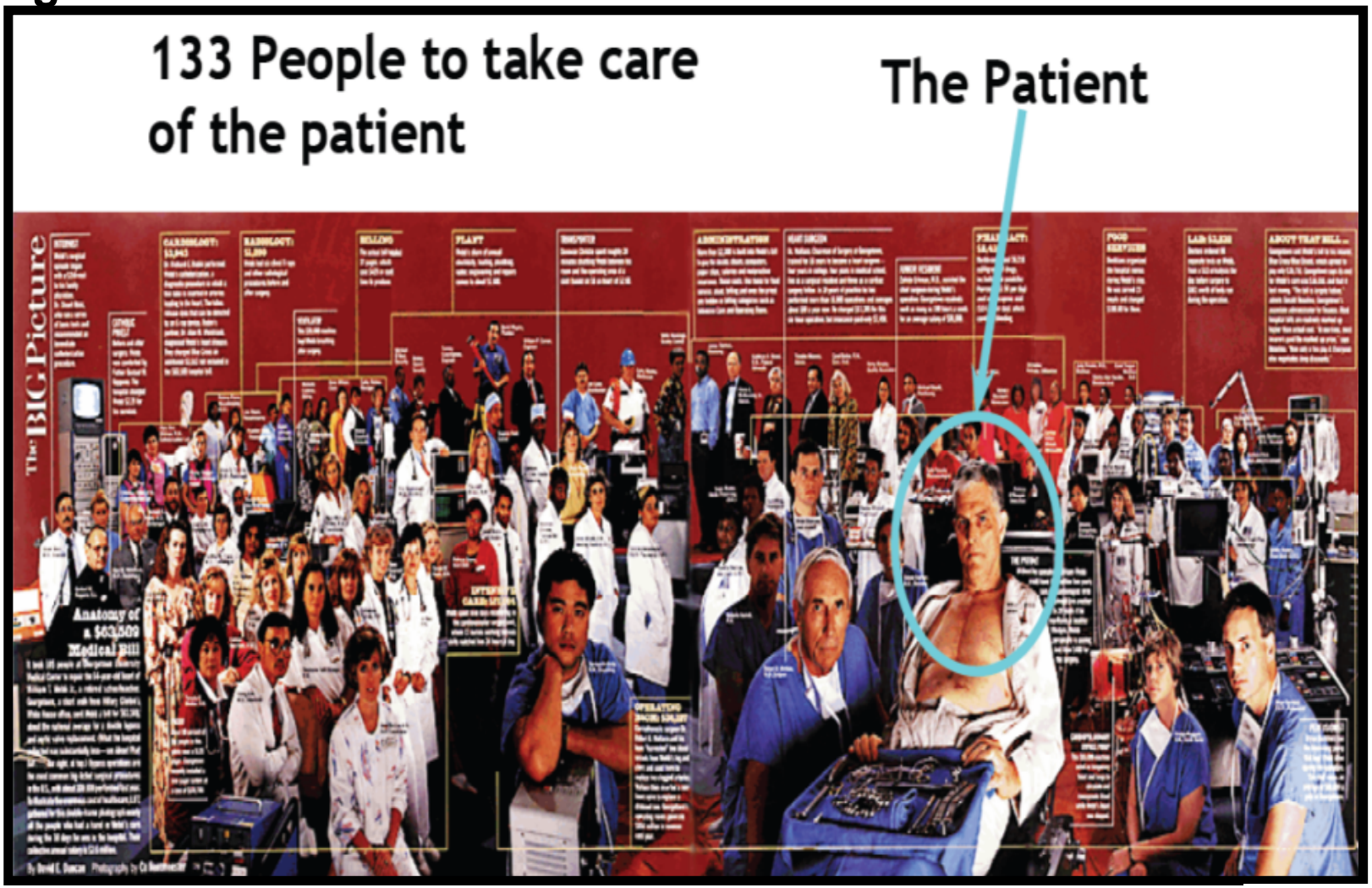
“Equivocarse es humano. Ocultar los errores es una estupidez. No aprender de ellos, IMPERDONABLE.”

L. Donaldson

Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, OMS.

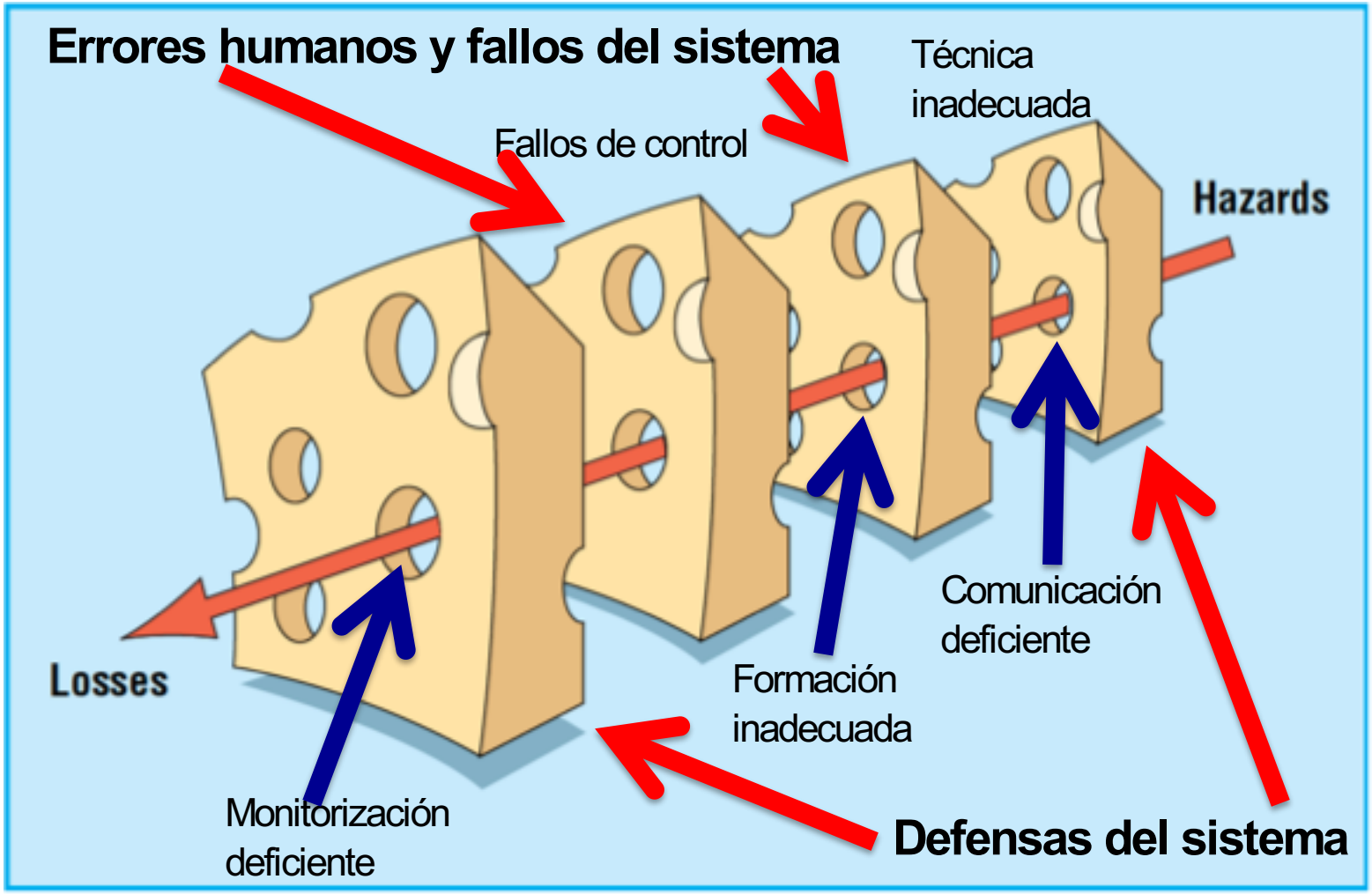
Esto es más complejo de lo que parece

Todos los actores han de ser sensibles a la magnitud del problema – cultura de seguridad



El error es humano, pero también el sistema es imperfecto

Human error: models and management

James Reason

BMJ 2000;320:768–70