

Recomanacions per a l'atenció a la fragilitat en els dispositius d'urgències

Servei Català de la Salut

Abril 2025



**Generalitat
de Catalunya**

Direcció o coordinació:

Xavier Jiménez Fàbrega, Pla Nacional d'Urgències de Catalunya (PLANUC). Direcció Assistencial. Servei Català de la Salut

Daniel Vilar Roquet, Pla Nacional d'Urgències de Catalunya (PLANUC). Direcció Assistencial. Servei Català de la Salut

Autors:

Dolors García Pérez, Fundació Althaia. Xarxa Universitària de Manresa. Coordinadora del grup de treball Geriurg de la SoCMUE. Cap de Servei d'Urgències

Ana Belén Vena Martínez, Hospital Arnau de Vilanova / Hospital Santa Maria (Lleida). Directora territorial de Cronicitat i Hospitalització Domiciliària

Laura Robles Perea, Fundació Salut Empordà. SEM. Secretaria científica del grup de treball Geriurg de la SoCMUE. Projecte urgem.cat

Mireia Puig Campmany, Hospital de Sant Pau. Directora del Servei d'Urgències. Presidenta de la SoCMUE

Benito Fontecha-Gómez, director d'atenció intermèdia del Consorci Sanitari Integral. Comissió d'Atenció Intermèdia del Consorci Salut i Social de Catalunya

Teresa Casasas Matabacas, Sistema d'Emergències Mèdiques. 061 CatSalut Respon

Catalina Serra Carbonell, Sistema d'Emergències Mèdiques. 061 CatSalut Respon

Yolanda Rodríguez Navarro, Sistema d'Emergències Mèdiques. 061 CatSalut Respon

Galdina Valls Borrue, Cap Operatiu d'Atenció Intermèdia. Àrea Assistencial. Servei Català de la Salut

Albert Boada Valmaseda, referent d'Atenció Primària i Comunitària. Àrea Assistencial. Servei Català de la Salut

Maria Estela Díaz Álvarez, referent d'Atenció Primària i Comunitària. Gerència de Processos Integrats de Salut. Àrea Assistencial

Alguns drets reservats:

© 2025, Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut.



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 4.0 Internacional.

La llicència es pot consultar a la pàgina web de [Creative Commons](#).

Edita:

Servei Català de la Salut

1a edició:

Barcelona, abril de 2025

Descriptors temàtics: urgències, hospitalització, fragilitat

Document accessible (2025, versió 1)

Índex

1. Resum executiu	5
2. Introducció.....	5
2.1. Justificació.....	5
2.2. Dades rellevants.....	6
2.3. Fragilitat: impacte sobre les persones.....	9
3. Experiències publicades per a la identificació i l'avaluació de la persona fràgil.....	10
4. Objectiu	12
5. Recomanacions per a la identificació i l'atenció a la fragilitat en els dispositius d'urgències i emergències	12
5.1. Atenció prehospitalària.....	13
5.2. Disposar d'una adaptació del triatge per a aconseguir una primera valoració.....	15
5.3. Procés d'atenció a les urgències hospitalàries	16
5.4. Transició a l'alta del servei d'urgències.....	19
6. Formació i recerca	20
7. Indicadors.....	21
7.1. Valoració especialitzada de les alertes rebudes des de residències de gent gran al 061 consultades per la taula de fragilitat del SEM	21
7.2. Atenció específica a urgències dirigida al pacient gran o vulnerable	22
8. Pròxims passos.....	28
9. Bibliografia	28
9.1. Altra bibliografia recomanada.....	30
10. Annexos	31
10.1. Annex 1. Escala de valoració 3D/3D+.....	31
10.2. Annex 2. Document d'identificació suggerida	33

1. Resum executiu

Aquest document té com a objectiu principal proporcionar les bases conceptuals per a la identificació i l'atenció de les persones grans fràgils en els dispositius d'atenció urgent, per oferir la millor resposta possible a les seves necessitats.

Vol ser un punt de partida per afrontar una realitat respecte a l'increment d'aquest perfil de persones que consulten a urgències. L'abordatge del contingut es basa en tres premisses:

- L'atenció a les persones fràgils als serveis d'urgències —en un context d'increment de la longevitat de la població— és un dels reptes principals que haurà d'afrontar Catalunya al llarg dels anys vinents.
- Cal dissenyar propostes operatives específiques i flexibles que es puguin adaptar a la realitat de cada centre o dispositiu d'atenció urgent.
- Parteix d'una evidència científica sòlida i el consens multidisciplinari en l'àmbit de coneixement de la fragilitat.

La fragilitat està definida, però no és un estat fàcil de quantificar i genera vulnerabilitat, que sovint està relacionada amb l'edat, però no sempre. És una condició dinàmica que es pot modificar amb intervencions adequades. L'atenció d'aquestes persones als dispositius d'atenció urgent es beneficia d'una organització adequada, uns procediments consensuats i basats en l'evidència i la coordinació amb altres dispositius del sistema de salut.

Per monitorar l'atenció a la fragilitat es proposen uns indicadors del procés assistencial urgent i dels seus resultats que impliquin els dispositius implicats i que permetin identificar accions de millora per ser aplicades i reevaluades.

Aquest document té la vocació de generar canvis per millorar l'atenció de les persones fràgils i disminuir la morbiditat que suposen els problemes de salut urgents.

2. Introducció

2.1. Justificació

L'increment de persones grans amb elevada morbiditat i dependència funcional comporta un augment de la demanda als dispositius d'atenció urgent en general i als serveis d'urgències hospitalaris (SUH) en concret. L'atenció convencional que s'ha prestat històricament a urgències es caracteritza per un abordatge unidimensional, centrat principalment en el motiu de consulta, sense considerar de manera global els problemes i les necessitats de les persones. Aquest enfocament, pensat per a la demografia poblacional vigent a la segona meitat del segle XX, limita l'eficàcia i l'adequació de l'atenció, especialment en determinats grups poblacionals, com ara la gent gran, ja que no té en compte la situació basal del pacient i les seves patologies prèvies ni acostuma a adaptar la intensitat diagnòstica i terapèutica a aquesta realitat.

Els models de triatge són poc sensibles a discriminar malalties potencialment greus en pacients d'edat avançada. També cal tenir en compte que les malalties més freqüents que porten el pacient a consultar a urgències sovint tenen presentacions atípiques. Ambdues són limitacions per identificar els diagnòstics de processos urgents i el nivell de triatge adequat en pacients grans. A més, per garantir una atenció òptima, és fonamental identificar l'estat basal del pacient durant la valoració inicial. Això permet objectivar les necessitats terapèutiques i diagnòstiques més adequades i assegurar que el nivell assistencial proporcionat sigui el més indicat per a la patologia i les circumstàncies específiques de cada pacient. No fer-ho pot comportar una mancança o retard en el diagnòstic o el tractament, que podria repercutir en els resultats en salut o fins i tot generar iatrogènia (1,2). D'altra banda, l'atenció urgent als adults grans requereix invertir més temps que en la resta de població atesa per completar els processos d'acollida, diagnòstics, terapèutics i d'estabilització clínica, fet que comporta necessàriament un augment de les estades als mateixos SUH (3).

Aquest increment en les estades implica que els SUH s'han d'adaptar per poder atendre aquesta població amb qualitat i seguretat, tant en la definició de protocols de valoració i cures com dels espais adequats per atendre-la. L'organització actual dels SUH no facilita l'atenció a les persones grans o vulnerables, sigui per la seva estructura física, per la dificultat de coordinació assistencial o per ubicar els pacients al lloc més adequat.

S'ha observat també que en aquests perfils de pacients augmenten les reconsultes i els reingressos, derivats principalment de la gravetat del mateix procés, la manca de supervisió al domicili habitual deguda a factors com l'absència de persones cuidadores formals, la solitud, la pobresa, la falta de continuïtat assistencial, o bé a conseqüència d'una alta precoç en situacions no òptimes (4,5). En aquesta població, la coordinació entre dispositius és primordial, tant per als pacients ingressats com per als derivats al seu domicili habitual, on és especialment necessària per garantir una transferència correcta i atenció postalta que assegurï la resolució del procés en els dies o les setmanes posteriors.

2.2. Dades rellevants

Estudis publicats l'any 2013 al Regne Unit amb dades dels SUH indicaven que els pacients de més de 60 anys representaven el 20-25% de les consultes, amb una estada de l'ingrés hospitalari un 20% més llarga i amb un 50% més de proves diagnòstiques que altres pacients (6). Estudis recents de prevalença de la fragilitat als SUH europeus l'estimen entorn del 40%, malgrat les diferències entre països (7).

Tot i que l'edat no és causa de fragilitat, sí que hi ha una associació forta entre fragilitat i edat avançada, que en els individus de més de 80 anys arriba a més del 40%. A Catalunya, els malalts de més de 65 anys avui ja representen el 45%, aproximadament un 18% són fràgils, un 12% en l'àmbit comunitari i més del 50% en l'àmbit hospitalari. Es calcula que, l'any 2030, una quarta part de les persones de Catalunya seran més grans de 65 anys, xifra que s'incrementarà fins a una tercera part l'any 2060, equivalent a 2,6 milions de persones —de les quals, més de 700.000 tindran més de 85 anys— (Pla d'actuacions 2024 per a la integració de l'atenció a les persones grans fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA)) (8).

Figura 1. Visió poblacional en >65 anys



Font: Pla d'actuacions 2024 per a la integració de l'atenció a les persones grans fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA).

La freqüentació als serveis d'urgències hospitalaris presenta unes taxes de 480 visites per 1.000 habitants i any. Durant els mesos d'hivern, en situacions epidèmiques (grip, VRS), i durant els episodis de calor, aquesta taxa s'incrementa en totes les franges d'edat, també en la franja de més de 85 anys. Tot i això, les persones amb cronicitat complexa o avançada (PCC/MACA) presenten taxes de freqüentació inferiors. El nivell de prioritització al triatge (MAT) és superior en les persones no identificades com a PCC/MACA (taula 1) i evidencia que un percentatge important de les persones de més de 65 anys que acudeixen als serveis d'urgències requereixen atenció en aquests dispositius.

Taula 1. Característiques de la població atesa als serveis d'urgències

Edat	Població	Urgències	Freqüentació (taxa per 1.000 habitants)	MAT I-III	MAT IV-V
65-84	1.275.617	735.784	576	54%	46%
>85	257.972	251.296	974	72%	28%
PCC/MACA	195.927	46.546	237	47%	53%

Font: CMBD d'urgències 2023.

La fragilitat està definida, però no és un concepte fàcil de quantificar i tampoc es relaciona només amb l'edat. Per això, s'han desenvolupat eines específiques. A fi de poder adaptar els recursos a les necessitats assistencials de cada persona, els sistemes sanitaris han d'agrupar la població en categories, segons els problemes de salut que pateixen. Aquesta classificació es fa a partir dels grups de morbiditat ajustats (GMA). El sistema permet classificar la població en cinc grups de risc: molt baix, baix, moderat, alt i molt alt. A mesura que s'incrementa el risc, proporcionalment augmenta el percentatge de visites anuals als CAP i d'ingrés urgent.

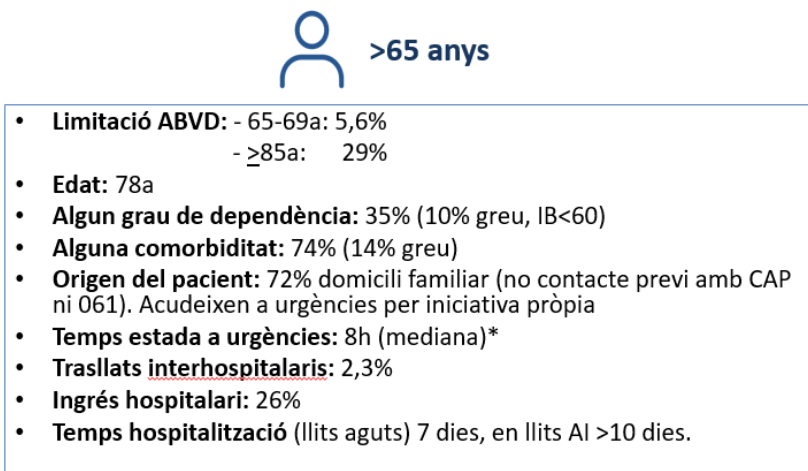
Figura 2. Estratificació del risc basada en GMA

	Població (%)	% ingressos urgents el darrer any	Mitjana anual visites CAP/persona
Risc molt alt	1%	40,4%	31,29
Risc alt	4%	18,3%	20
Risc moderat	15%	6,7%	11,82
Risc baix	30%	3%	6,56
Risc molt baix	50%	1,7%	2,72

Font: Pla d'actuacions 2024 per a la integració de l'atenció a les persones grans fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA).

El perfil de les persones de més de 65 anys ateses als serveis d'urgències hospitalàries ha anat evolucionant amb els anys; avui, aquestes persones presenten una complexitat més gran i més requisits d'hospitalització. L'índex de Barthel defineix com a dependència moderada les puntuacions d'entre 41 i 60, com a dependència greu les d'entre 21 i 40 i com a grans dependents les de 20 o menys. La cohort de l'estudi EDEN agrupa la dependència greu i absoluta (IB<60) i considera com a comorbiditat greu l'índex de Charlson greu de 5 o més (figura 3). Destaca l'elevat percentatge d'elevada morbiditat (74%), algun grau de dependència (35%), la decisió per iniciativa pròpia o de l'entorn de ser atesos als serveis d'urgències hospitalaris sense contacte previ amb altres nivells assistencials (72%) i un percentatge d'ingressos del 26% (9).

Figura 3. Perfil del pacient de > 65 anys que acudeix a urgències (estudi EDEN)



Font: Miró O, et al. Estudi EDEN. Emergències. 2022;34:418-27.

* Dades BO CatSalut (>65 a amb MAT I-II-III). ABVD: activitats bàsiques de la vida diària, edat en anys; IB: índex de Barthel; CAP: centre d'atenció primària; AI: atenció intermèdia.

2.3. Fragilitat: impacte sobre les persones

La situació de fragilitat és una entitat multidimensional que es defineix com un estat de “vulnerabilitat” davant de factors estressants. Està condicionada per la limitació dels mecanismes compensadors que posa l'individu en una situació d'alt risc de pitjors resultats de salut, com ara: discapacitat, institucionalització, hospitalització, estades hospitalàries perllongades, reingressos, caigudes, resultats adversos davant d'algunes intervencions específiques (per exemple, quimioteràpia o intervencions quirúrgiques) i, especialment, increment de mortalitat. La fragilitat pot ser considerada també un problema de salut crònic potencialment reversible, tot i que sovint és progressiva amb crisis episòdiques, impacta negativament en l'experiència del pacient i condiona costos, tant individualment com per a les organitzacions (8).

En resum, la situació de fragilitat és dinàmica, potencialment reversible i, en funció de la situació clínica, la reserva funcional i el pla terapèutic, podem fer intervencions específiques que la redueixin, es pot avaluar de manera periòdica i, fins i tot, fer correlacions pronòstiques.

Les societats científiques recomanen incorporar estratègies de valoració geriàtrica al SUH a càrrec d'equips multidisciplinaris, i procurar entorns segurs durant la seva estada. Per dur a terme aquestes recomanacions, els professionals necessiten competències específiques per poder establir estratègies diagnòstiques i tractaments segurs i eficaços, i tenir en compte, des del primer moment, aspectes funcionals i d'entorn.

Estructuralment, els SUH convencionals són àrees de risc per a la població vulnerable a conseqüència de l'alt nivell d'ocupació habitual que comporta, la manca d'intimitat, l'augment del risc de desorientació i l'ús sistemàtic de vies i sondatges no imprescindibles que impliquen possibles contencions físiques i riscos d'esdeveniments adversos (massa soroll, manca de descans i desconnexió amb l'entorn familiar habitual). Diversos estudis han mostrat un increment dels riscos de desenvolupar síndromes geriàtriques, principalment delirium i un increment de la mortalitat en persones de més de 75 anys amb estades perllongades als serveis d'urgències (més d'una nit), en comparació de les persones ingressades precoçment en una planta d'hospitalització (9); cal matisar, però, que les persones incloses en aquests estudis no s'ubicaven en entorns adaptats dins els SUH. També han mostrat un increment dels riscos de desenvolupar síndromes geriàtriques, no per iatrogènia, sinó per manca d'estratègia d'atenció específica per a aquests perfils (10,11).

Actualment, es disposa de prou evidència per desenvolupar estratègies, relacionades directament a aconseguir millores per als mateixos pacients i també per a les organitzacions (estades més curtes, menys efectes adversos, reducció d'ingressos i reingressos) (12-15).

Desenvolupar estratègies per identificar una població fràgil de manera molt precoç (cribratge de fragilitat), idealment a triatge, aporta valor als pacients i és efectiu des del punt de vista del cost. Aquesta identificació o cribratge de fragilitat hauria de garantir-se en les primeres quatre hores i mantenir-se durant les 24 hores del dia per identificar la població més vulnerable. Efectuar aquesta identificació permet fer intervencions individualitzades precoçment, enfocades a la prevenció d'aquests riscos (16).

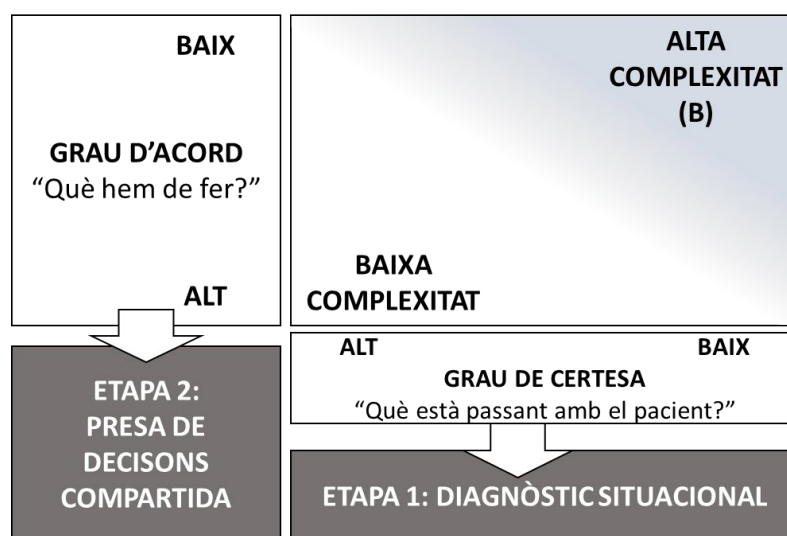
3. Experiències publicades per a la identificació i l'avaluació de la persona fràgil

La identificació precoç de les persones en situació de fragilitat permet detectar una població amb més risc de patir situacions greus per a la seva salut durant el procés d'atenció urgent. Hauria de comportar una manera específica de treballar que inclogui adaptar l'assistència orientada a la prevenció d'esdeveniments adversos, fer una valoració integral i ajustar la intensitat diagnòstica i terapèutica a la situació del pacient i les seves preferències i, per tant, donar un enfocament que guiï la presa de decisions terapèutiques.

Una de les estratègies més rellevants per a la presa de decisions en pacients fràgils en el context d'urgències és el *diagnòstic de situació*. Aquest procés implica conèixer la situació basal del pacient, incloent-hi la seva autonomia, necessitats i valors, així com fer una aproximació diagnòstica completa. El diagnòstic de situació és un procés en dos passos. El primer requereix conèixer el grau de certesa diagnòstica i, posteriorment, establir l'estratègia terapèutica adaptada. L'evidència científica publicada refereix que aquest procés necessita més temps en pacients vulnerables o fràgils que en els que no ho són. Això permet dissenyar un pla terapèutic adaptat i centrat en les necessitats individuals del pacient. En aquest marc, des dels serveis d'urgències cal identificar el pacient fràgil per fer una atenció adaptada, tenint en compte els plans establerts pels equips responsables de la salut del pacient i ajustant l'assistència a la situació clínica del pacient, als seus desitjos i a les expectatives d'estabilització i millora.

La incertesa diagnòstica i la presa de decisions sempre serà difícil en els pacients en situació de fragilitat, amb diverses malalties cròniques i deteriorament sistèmic que s'acostumen a presentar com a situacions clíniques imprecises (escenari B). Aquestes situacions requereixen individualitzar l'actuació i fan difícil plantejar accions genèriques (17) (figura 4).

Figura 4. Complexitat clínica segons el grau de certesa en el diagnòstic situacional enfront de com actuar davant la situació (adaptat d'Amblàs, J Eur Geriatr Med 2015)



Font: Amblàs-Novellas J. Frailty, severity, progression and share decision making a pragmatic framework for the challenge of clinical complexity at the end of life. Eur Geriatr Med. 2015;6(2):189-94.

En un entorn ideal, l'avaluació de la fragilitat s'hauria de fer des d'entorns d'atenció primària i especialitzada, amb la possibilitat de ser compartida pels diferents nivells assistencials, entre els quals hi ha els dispositius d'atenció urgent. Hi ha diversos models per avaluar la fragilitat desenvolupats en l'àmbit especialitzat de la geriatria. Alguns dels models més implantats per a l'avaluació de fragilitat són el fenotip de fragilitat i el model d'acumulació de dèficits (Rockwood i Mitnitski), com també escales com l'àmpliament utilitzada **Clinical Frailty Scale (CFS)** en el marc de l'hospitalització convencional (<https://www.dal.ca/sites/gmr/our-tools/clinical-frailty-scale.html>).

A Catalunya, recentment s'ha publicat el Pla d'actuacions per a l'any 2024, orientat a promoure la integració de l'atenció a les persones grans fràgils, PCC i MACA. Aquest pla recull l'índex de fragilitat basat en la valoració geriàtrica integral (IF-VGI), a partir de la presència o l'absència d'una sèrie de dèficits d'un total de 25 i que té traducció numèrica, de tal manera que un $IF < 0,2$ indica un individu robust; si $0,20 < IF < 0,45$, és una persona amb fragilitat moderada o intermèdia, i un $IF > 0,45$ indica una fragilitat avançada i en la qual caldria adaptar moltes decisions terapèutiques a un pronòstic funcional i/o *quad vitam* dolent. Per als serveis d'urgències, seria òptim poder conèixer l'IF basal d'un individu, així com l'impacte de la malaltia en aquesta situació, per ajudar a la presa de decisions (17) (<https://salutweb.gencat.cat/ca/detalls/Noticies/publicacio-pla-actuacions>).

La funció dels dispositius d'atenció urgent no és avaluar la fragilitat. En canvi, sí que ho és la identificació i l'atenció de manera sistemàtica, integral i multidisciplinària per prevenir riscos i millorar l'atenció durant el procés d'urgències. A Catalunya disposem de diverses experiències que es resumeixen a continuació.

L'Hospital Sant Pau (Barcelona) disposa d'una línia d'atenció específica descrita al Pla d'atenció a la fragilitat (PAF), desenvolupat pel mateix servei d'urgències de l'hospital (18). Es basa a identificar una població diana en la tria i aplicar uns protocols específics d'atenció referits a l'avaluació integral i multidisciplinària a càrrec dels professionals d'urgències, un pla de cures específic pensat especialment per a la prevenció de riscos com ara el delirium, amb una xarxa coordinada amb el territori de referència. Té la particularitat de disposar d'un espai específic, dissenyat i estructurat per a l'atenció òptima d'aquest perfil de pacients i les seves famílies. Al mateix temps, preveu una estreta relació amb diferents nivells assistencials del territori de referència, element que aporta un valor afegit a l'aplicació pràctica d'aquest procés assistencial i, especialment, a la continuïtat assistencial.

L'Hospital Arnau de Vilanova (Lleida) integra un equip de geriatria d'urgències (UGU) format per una infermera, una treballadora social i un geriatre, que, conjuntament amb els professionals d'urgències, han modificat la manera de treballar sobre la persona gran que acudeix al servei d'urgències. L'equip aplica l'escala 3D/3D+ i la IF-VGI i introdueix una valoració sistemàtica de les síndromes geriàtriques més freqüents a urgències, la situació basal dels pacients i l'adequació del nivell assistencial. L'estratègia es complementa amb un programa multidisciplinari de formació en geriatria i una estratègia de comunicació entre nivells assistencials amb la finalitat que l'equip de referència de la persona atesa pugui garantir la continuïtat assistencial amb els equips d'atenció primària.

L'Hospital Althaia, a Manresa, seguint les recomanacions del grup de treball Geriurg, de la Societat Catalana de Medicina d'Urgències i Emergències (SoCMUE), aplica l'escala 3D/3D+ als dispositius d'atenció urgent (<https://www.socmue.cat/?p=page/html/gt-geriurg>) (annex 1). Aquest instrument aporta una visió innovadora, en fer la valoració utilitzant dos components principals. El component 3D explora l'estat basal del pacient a través de la valoració de la situació funcional, cognitiva i social prèvia al procés actual. Aquesta anàlisi permet categoritzar el grau de fragilitat del pacient, oferint informació sobre la seva reserva fisiològica i la capacitat de resposta davant el procés agut. El component 3D+ analitza l'afectació multidimensional en el context de la malaltia actual que motiva la consulta a urgències. Això proporciona dades sobre la gravetat de la situació, incloent una discriminació àgil del deteriorament funcional agut, la presència de delirium i la situació domiciliària. A més, interroga específicament sobre l'efecte de fàrmacs com a possible causa del procés agut (19,20). Aquesta eina permet una atenció eficient centrada en el pacient, ja que identifica necessitats alteracions agudes mèdiques, funcionals, psicològiques i socials urgents i vitals relacionades amb la malaltia actual. Alhora, aporta seguretat a la decisió d'alta a domicili, especialment si hi ha enllaços comunitaris sòlids. És una eina que es pot utilitzar als dispositius d'atenció urgent i permet detectar la necessitat d'intervenció d'equips especialitzats, tal com es recull al Programa de prevenció i atenció a la cronicitat, del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (<https://salutweb.gencat.cat/ca/departament/ambits-estrategics/atencio-sociosanitaria/cronicitat/>).

En resum, a Catalunya hi ha diversos projectes que treballen per aconseguir una identificació precoç de la persona amb criteris de fragilitat. L'objectiu essencial és determinar quin és el grau de reserva o fragilitat de la persona atesa per incorporar aquesta informació, que és de molt valor, a les cures durant el procés assistencial i la presa de decisions.

4. Objectiu

L'objectiu general d'aquest document és proposar unes línies genèriques d'identificació i atenció a les persones fràgils als dispositius d'urgències i emergències i definir unes pautes d'actuació general perquè es puguin aplicar a les particularitats de cada dispositiu.

Aquestes línies estan coordinades amb *el Pla d'actuacions 2024 per a la integració de l'atenció a les persones grans fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA)*, publicat pel Departament de Salut. Aquest Pla inclou dos àmbits d'actuació prioritaris: identificar elements clau per a la individualització de les intervencions, orientat especialment als professionals, i disposar d'elements clau per planificar la resposta territorial, orientat especialment als gestors/planificadors. També incorpora alguns elements facilitadors transversals, com són la formació, els sistemes d'informació i la incentivació.

5. Recomanacions per a la identificació i l'atenció a la fragilitat en els dispositius d'urgències i emergències

L'atenció a les necessitats de salut de les persones ha de ser un objectiu central de la resposta assistencial dels professionals, els equips, les organitzacions i els sistemes de salut.

Especialment en les situacions de més complexitat, les persones requereixen respostes integrals, integrades i adequades als diversos moments de la seva trajectòria vital. Aquestes recomanacions pretenen que cada nivell assistencial orienti la seva activitat a la identificació de la fragilitat, el seu maneig durant l'estada i les opcions de sortida amb resolució i adequació de la seva situació aguda.

Les recomanacions han de tenir en compte els quatre punts més vulnerables durant l'atenció urgent i emergent:

- A. Atenció prehospitalària (atenció primària, CUAP, SEM).** La millor estratègia per garantir la continuïtat assistencial és que tots els pacients siguin avaluats pel seu equip d'atenció primària en la seva situació basal. En cas de requerir una atenció urgent, aquesta valoració ha de poder ser consultada per tenir una referència de l'estat de la persona. Tot i això, cal que, durant l'atenció urgent, aquesta situació sigui confirmada amb la persona atesa i el seu entorn.

Els equips que atenen presencialment aquestes persones han de disposar de la formació i els procediments per millorar la identificació precoç d'aquests pacients. Els protocols de valoració clínica i algorismes de decisió han d'incorporar els aspectes inherents a la població diana que pateix un procés agut. La taula de fragilitat SEM s'ha dissenyat com a element de suport a l'avaluació no presencial i especialitzada per a la valoració d'aquestes persones i les situacions que les porten a contactar amb el sistema de salut. Incloure informació sobre els recursos específics disponibles al territori dins del Pla d'acollida dels professionals pot contribuir significativament a millorar la qualitat de l'atenció proporcionada en l'àmbit prehospitalari.

- B. Triatge.** Representa el primer punt de contacte hospitalari i al CUAP, i és el punt més vulnerable del procés. Cal buscar estratègies per adaptar el triatge a aquesta població i poder seleccionar la població diana d'una atenció adaptada d'entre tots els pacients atesos.
- C. Procés d'urgències hospitalari.** Cal fer propostes o recomanacions generals, aplicables 7 x 24 x 365 per a tots els serveis d'urgències.
- D. Transició a l'alta del servei d'urgències.** Cal treballar i definir estratègies per millorar aquesta transició i la continuïtat assistencial, buscant l'atenció més adequada al millor lloc possible. La presència de professionals experts, la incorporació de perfils professionals diferents als grups de treball multidisciplinaris i noves eines d'avaluació poden ajudar a la millora assistencial.

5.1. Atenció prehospitalària

Dispositius d'urgències d'atenció primària

Des de l'atenció als serveis d'urgències d'atenció primària i comunitària, es disposa, a la pantalla d'inici de l'HES, d'una llista de persones que han estat suggerides per ser identificades per part de l'APiC (atenció primària i comunitària), amb el criteri PCC/MACA (annex 2). Aquesta eina consisteix en un algorisme amb alta capacitat predictiva (97% d'encert) que suggereix als professionals d'APiC les deu persones que tenen una probabilitat

més alta de ser identificades com a PCC/MACA, però que deixa a criteri dels professionals acceptar la identificació.

En el cas d'un ingrés en un dispositiu d'atenció intermèdia (AI) i en el marc de la promoció del treball de col·laboració entre l'APiC i l'AI en la identificació i el pla d'atenció de les persones amb fragilitat, es proposen dues fases d'intervenció:

- A curt termini: valorar d'adjuntar un informe en PDF a l'alta o fer constar el suggeriment a l'informe d'alta o en el PREALT.
- A mitjà termini: notificació electrònica mitjançant missatgeria IS3.

Sistemes d'Emergències Mèdiques, 061 Salut Respon

L'atenció a la fragilitat en aquest entorn té dues fases diferenciades. La primera és l'atenció presencial, que es fa a través de les unitats d'emergències i basant-se en les guies de pràctica clínica aplicades pels equips assistencials de les unitats de suport vital bàsic i avançat. La segona s'ha desenvolupat a partir de l'any 2020, arran de la pandèmia de la Covid-19. Aquesta fase ofereix una primera atenció no presencial per equips especialitzats i representa un repte, especialment en la identificació d'aquest perfil de persones, que, igual que passa en altres dispositius d'atenció urgent, requereixen una atenció específica adequada a les seves necessitats. L'atenció no presencial oferta s'articula al voltant d'un equip de professionals dins del que es coneix com la **taula especialitzada en pacient fràgil (figura 5)**.

Ofereix suport les 24 hores els 365 dies de l'any a tot el territori i està formada per metges i metgesses i infermeres i infermers amb una àmplia expertesa i formació en la gestió d'aquests pacients. L'objectiu principal és atendre els pacients de la manera més adequada en el lloc també més adequat, optimitzant els recursos, oferint una atenció personalitzada i de qualitat i garantint el contínuum assistencial en el model d'atenció centrat en la persona. Alhora, també dona suport als professionals sanitaris i no sanitaris que intervenen en el procés de salut d'aquests pacients des dels diversos àmbits assistencials.

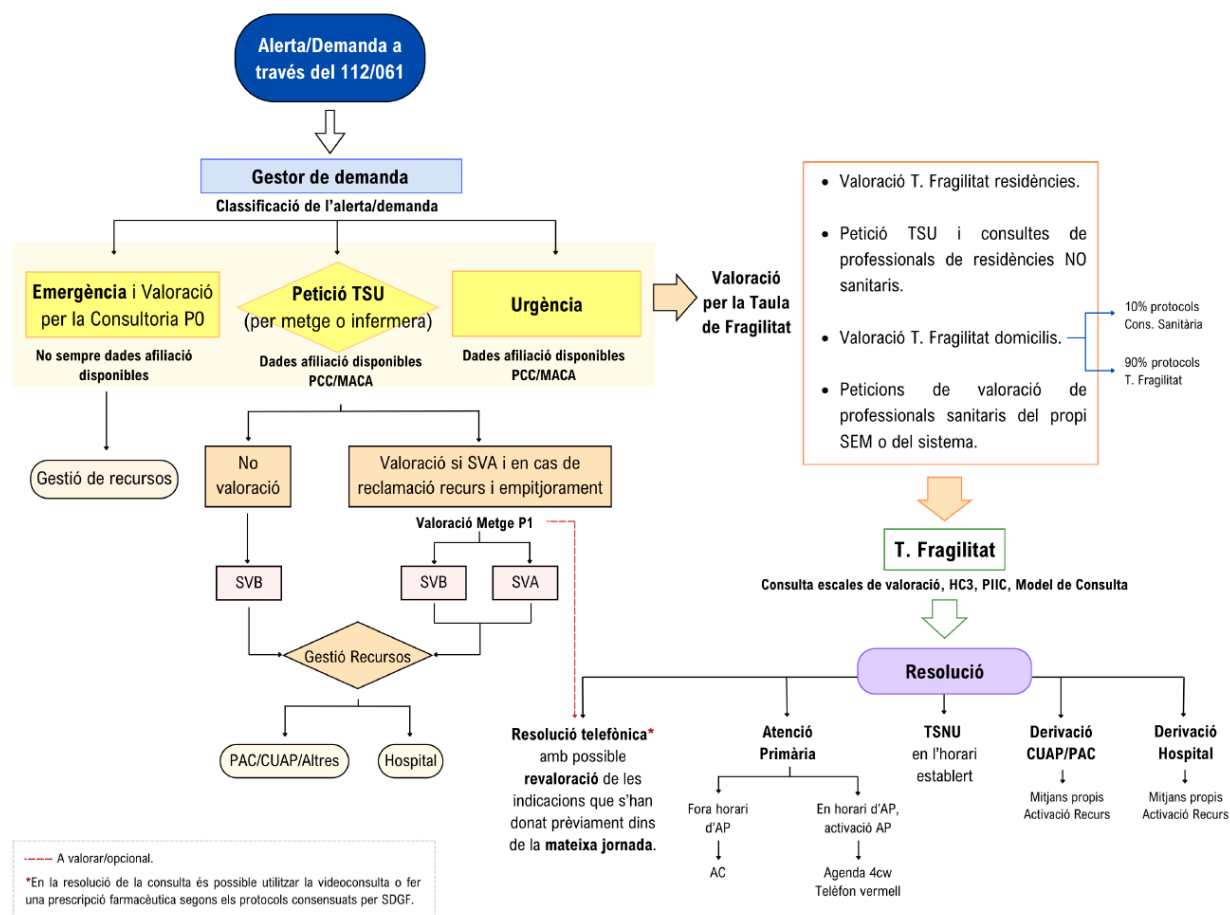
Tipus de consultes ateses per la taula de fragilitat

1. Consultes sanitàries urgents:

- Residències: consultes sanitàries urgents i peticions de trasllat sanitari urgent (TSU) no fetes per un metge o metgessa o una infermera o infermer.
- Domicilis: pacients PCC/MACA que entren directament a la taula segons el protocol específic de la gestió de demanda.

2. Consultes per personal propi del SEM o del sistema sanitari:

- Demanda específica del professional per fer una consulta especialitzada.

Figura 5. Algoritme de decisions de la taula especialitzada en pacient fràgil


La taula de fragilitat del SEM permet oferir una valoració especialitzada d'aquest perfil de pacients. Aquesta valoració té com a objectiu principal garantir que el millor recurs s'adeqüi a la situació específica del pacient, oferint suport als equips responsables tant en consultes de caràcter clínic com en l'optimització de l'ús dels dispositius d'atenció urgent del territori. Les situacions prioritàries o crítiques seguiran, en tot cas, el curs habitual establert.

5.2. Disposar d'una adaptació del triatge per a aconseguir una primera valoració

La primera atenció al triatge permet una ràpida valoració del pacient i prioritzar l'atenció a les persones que arriben als serveis d'urgències. El sistema actual no identifica les característiques específiques de les persones fràgils, però sí les que són valorades com a PCC/MACA o disposen de la targeta Cuida'm. La majoria de centres limiten el triatge a aquestes accions per fer una detecció de sospita. Alguns centres han publicat l'impacte d'afegir la sospita de les principals **síndromes geriàtriques** (delirium, disfàgia, dolor, polimediació, estrenyiment, caigudes i úlcers per pressió) amb bons resultats (18).

Cal fer esforços per estandarditzar una adaptació que permeti una sospita precoç de les principals **síndromes geriàtriques i la identificació de processos emergents** per iniciar, al més aviat possible, un pla d'avaluació i tractament adequat a les necessitats de les persones

fràgils. Es recomana incorporar eines de valoració com la valoració basal 3D i el CFS o altres, al triatge per millorar la identificació precoç d'aquest perfil de pacients.

Es recomana disposar d'eines i procediments per identificar una població diana, de la manera més precoç possible, dins les primeres quatre hores des de l'arribada a urgències. Això inclou el triatge i l'atenció inicial (21).

5.3. Procés d'atenció a les urgències hospitalàries

Fer una valoració integral adaptada a urgències

Per optimitzar l'atenció, és recomanable disposar de la informació prèvia de l'estat de la persona per detectar possibles deterioraments aguts o la presència de delirium. El coneixement de l'estat previ permet valorar la possibilitat de revertir la situació aguda. Per tant, cal fer una valoració clínica multidimensional i multidisciplinària que pugui objectivar patologies, incorporar la situació basal i l'impacte de la malaltia actual i ajustar la intensitat diagnòstica i terapèutica, enfocada tant a la reversibilitat de la malaltia com al control de símptomes, segons la situació de cada persona. Aquesta valoració s'ha d'haver fet mitjançant la valoració integral tenint en compte les necessitats assistencials, personals, bàsiques i essencials de la persona, així com un pla d'atenció que les incorpori. La majoria d'afectats en aquesta situació són persones grans i fràgils; per això, es parla genèricament de *valoració geriàtrica integral* (VGI).

Els serveis d'urgències i emergències poden accedir en temps real a la informació de l'estat basal de la persona (situació crònica, subaguda, reversible, irreversible) a través de la història clínica compartida. A vegades, quan els pacients que no disposen de CIP o no es té informació registrada perquè són atesos en el sistema privat, es presenta una dificultat afegida, ja que sovint no es pot accedir a informació clau sobre la seva situació basal.

Una valoració adaptada a urgències ha de premetre:

- Conèixer la situació prèvia del pacient des del punt de vista funcional, cognitiu i social, valorar la situació actual en l'entorn del motiu de consulta i quantificar l'impacte en les diverses dimensions.
- Fer el diagnòstic de situació, sindròmic i específic i observar el grau d'inestabilitat clínica (valoració 3D+ o altres eines validades a l'àmbit d'urgències).
- Disposar de procediments i protocols clínics estructurats per obtenir una valoració de necessitats i ajustar i individualitzar la intensitat terapèutica, homogeneïtzar l'atenció a aquestes persones i fer prevenció de riscos durant el temps d'atenció.
- Prendre i consensuar les decisions amb el pacient/família.
- Valorar la presència d'una cuidadora o cuidador competent i el nombre d'hores de suport per assumir la cura del pacient en el moment de la patologia aguda.
- Determinar el nivell assistencial més adequat per resoldre el procés agut, basant-se en tots els punts anteriors.
- Valorar la possible situació de dependència generada un cop s'arribi al domicili (imprescindible en la presa de decisions).

- Valorar de manera correcta tots els aspectes relacionats amb la medicació: revisió de la medicació, conciliació, notificació i justificació dels canvis a l'alta
- L'atenció a la fragilitat ha d'estar integrada en un projecte multidisciplinari i transversal, amb la participació d'equips de geriatría, farmàcia, fisioteràpia o treball social a fi de garantir un abordatge integral i coordinat que permeti:
 - o Disposar d'equips de treball amb la presència de facultatius, infermeres de pràctica avançada i suport d'altres professionals sanitaris, com ara farmacèutics, treballadors socials i altre personal de suport, amb formació específica.
 - o Garantir la formació continuada de tots els professionals implicats en el procés d'atenció urgent.
 - o Garantir el registre de l'activitat i la seva anàlisi.
 - o Elaborar uns indicadors de seguiment per avaluar l'activitat i detectar accions de millora (22).

Dissenyar entorns adaptats

L'espai assistencial també és un element que cal tenir en compte per prevenir i tractar les síndromes geriàtriques mentre estiguin als dispositius d'urgències, especialment el delirium, les caigudes o l'aparició d'úlceres per pressió.

Cada dispositiu haurà d'adaptar-se a la seva realitat i als espais disponibles. Cal vetllar per disposar de sistemes d'orientació (calendaris, rellotges), sistemes d'enllumenat que imitin el cicle dia-nit, sonòmetres per controlar el soroll, evitar alarmes sonores i tenir llum natural, si és possible. Permetre l'acompanyament d'un familiar o persona cuidadora també ajuda a tenir cura durant la ingesta. Aquest entorn facilita l'aplicació sistemàtica de protocols específics i permet evitar la pràctica de procediments, monitoratges, contencions o accessos vasculars no imprescindibles (18).

En cas de no disposar d'espais específics, cal promoure una cultura que permeti adaptar els entorns dels serveis que atenen pacients adults de qualsevol edat a la prevenció de les síndromes geriàtriques, ja que aquestes síndromes poden aparèixer en pacients d'edat avançada sense patologia prèvia i en pacients joves amb fragilitat.

Recomanacions de la tipologia de recursos útils en un servei d'urgències hospitalari per a l'atenció a la persona fràgil

- Elements d'insonorització i mesura del soroll
- Llum de dia i il·luminació ajustable artificial
- Mobiliari: llit articulad elèctricament i autoajustable, matalàs protector de l'aparició d'úlceres, elements per a objectes personals, seient inclinable per al pacient i cadires addicionals per a familiars/acompanyats, elements d'ajut a la deambulació
- Timbre d'avís
- Control de temperatura de l'ambient
- Accés a un bany adaptat
- Ajuts per caminar per a ús de la persona

Pla d'Atenció als pacients fràgils a urgències

Un cop determinada una població diana que rebrà una atenció adaptada, l'atenció a pacients fràgils al servei d'urgències requereix una avaluació holística i una intervenció multidimensional, atesa la complexitat clínica, social i emocional d'aquesta població. Les accions dels equips assistencials es poden dividir en diverses fases:

1. Valoració inicial integral

La detecció precoç del risc de fragilitat és essencial per personalitzar les intervencions i prevenir esdeveniments adversos. En aquesta fase es duen a terme les accions següents:

- Accés a la informació: especialment, la registrada al sistema (història clínica compartida) sobre la valoració integral feta pels equips de referència (atenció primària, geriatría).
- Identificar comorbiditats, dèficits funcionals, estat nutricional, alteracions cognitives i risc de síndromes geriàtriques com delirium o caigudes
- Avaluació del risc de delirium mitjançant escales com el *Confusion Assessment Method* (CAM), 4AT (www.the4AT.com) o la *Delirium Observation Screening* (DOS) (23,24).

2. Planificació i gestió de cures personalitzades

Un cop establert el grau de fragilitat i les necessitats específiques, les intervencions infermeres es dirigeixen a la prevenció de complicacions i al manteniment de la funcionalitat. Entre les accions destacades, trobem:

- **Manteniment de l'hemodinàmica** i monitoratge de signes vitals, amb una atenció especial a l'estabilitat postural.
- **Gestió del dolor** mitjançant l'ús d'escales adaptades per a poblacions geriàtriques, com l'escala verbal numèrica (EVN), la *Pain Assessment in Advanced Dementia Scale* (PAINAD) (25,26) o l'escala Abbey, quan hi ha dificultats de comunicació (27).
- **Prevenció de lesions per pressió** mitjançant l'avaluació del risc amb l'escala Braden i la implementació de mesures com ara canvis posturals, utilització de superfícies d'alliberament de pressió i hidratació cutània.
- **Hidratació i nutrició personalitzada** segons les necessitats metabòliques i les limitacions funcionals, amb suport nutricional enteral o parenteral, si cal.
- Acompanyament continuat per part de familiars o persones cuidadores.

3. Intervenció en síndromes geriàtriques

Les síndromes geriàtriques més freqüents en pacients fràgils d'urgències requereixen accions específiques:

- **Delirium agut:**
 - o Reorientació constant del pacient.
 - o Optimització de l'entorn (reducció d'estímuls, il·luminació adequada).
 - o Administració de fàrmacs sedants només en cas necessari, seguint protocols de seguretat.
- **Caigudes i mobilitat reduïda:**
 - o Mobilització precoç i assistida.
 - o Implementació de dispositius d'ajuda a la deambulació i d'estabilització postural.
 - o Fisioteràpia precoç en coordinació amb altres professionals.
- Evitar instrumentacions (catèters, sondes) si no son imprescindibles

Tot això s'ha de combinar amb protocols específics de prevenció de riscos, abordant específicament el dolor, el delirium i el maneig dels fàrmacs.

4. Suport emocional i comunicació amb la família

El component emocional té un paper fonamental en la cura del pacient fràgil, especialment en situacions d'urgència:

- **Acompanyament emocional** per disminuir l'ansietat i la por en el pacient i la família.
- **Comunicació clara i efectiva** per explicar la situació clínica, les intervencions previstes i el pronòstic, assegurant la presa de decisions compartida segons els desitjos i les preferències del pacient.

5.4. Transició a l'alta del servei d'urgències

En cas que sigui necessari, cal garantir que tots els pacients puguin beneficiar-se d'un ingrés a llits d'aguts o d'alternatives a l'hospitalització de manera precoç.

L'evidència científica mostra els efectes negatius de patir estades perllongades als SUH, fins i tot amb increment de mortalitat. L'entorn d'urgències és l'àrea on el malalt serà valorat i estabilitzat, se li farà el diagnòstic clínic i de situació i es prendran les decisions inicials. Un cop fet tot això (inclosa l'estabilització), el malalt ha de ser transferit al millor entorn en el menor temps possible. Cal insistir en el fet que aquest procés de valoració i estabilització pot requerir una estada superior a la recomanada per a les urgències en general.

En aquesta transició, els pacients requereixen una atenció coordinada per garantir la continuïtat assistencial que inclogui:

- Comunicació amb l'equip interdisciplinari (metges, farmacèutics, fisioterapeutes, treballadors socials i altres) per elaborar un pla d'alta personalitzat. Ha d'incloure el diagnòstic clínic, la valoració feta i la proposta terapèutica.
- Educació sanitària dirigida al pacient i la família o cuidadors, amb èmfasi en la prevenció de recaigudes, la gestió del tractament farmacològic i la detecció precoç de signes d'alarma.

- Gestió de la transició assistencial mitjançant la derivació a serveis de geriatria, atenció primària o unitats d'hospitalització a domicili, en aquells casos en què la valoració mèdica i multidimensional consideri que l'ingrés en un recurs d'aguts no aporta beneficis significatius.

Diversos estudis recomanen que els pacients tinguin una orientació diagnòstica i terapèutica i una destinació definida que sigui adequada a les necessitats clíniques de la persona afectada. Restar a urgències més temps del que cal, si no és imprescindible per la patologia específica del pacient, té impacte en el mateix pacient, en els fluxos, les dinàmiques i les càrregues de treball dels equips i en la saturació dels serveis d'urgències. La ubicació en un termini adequat de les persones que requereixen un ingrés en un dispositiu diferent del domicili implica una coordinació estreta amb el mateix hospital per a un ingrés precoç quan és la destinació adequada i amb els recursos del territori, l'atenció intermèdia, les residències, l'hospitalització a domicili, l'atenció primària i continuada i el sistema d'emergències (28-32). Estudis recents descriuen una mortalitat més elevada d'aquest perfil de malalts amb temps d'estada no adequats als serveis d'urgències (33).

Un cop les persones ateses són derivades al seu domicili habitual, cal assegurar una continuïtat assistencial per part dels equips de referència a l'atenció primària.

6. Formació i recerca

La formació és essencial per afrontar amb la màxima competència professional els problemes de salut relacionats amb l'envelliment i la cronicitat. La formació continuada és una eina imprescindible en la cerca de l'excel·lència assistencial. Els equips d'urgències han de rebre formació en fragilitat i eines per valorar-la de manera prioritària i contínua, així com autonomia i coneixement dels recursos locals per prendre decisions adequades en el maneig dels pacients d'edat avançada. Aquesta pràctica pot millorar significativament els resultats de salut i l'eficiència en la gestió dels recursos sanitaris.

Amb l'objectiu d'acompanyar els professionals en aquest procés, s'ha dissenyat un curs pràctic, innovador i massiu (MOOC), que consta de dues fases:

- Formació a través del mòbil, amb una durada màxima de tres hores i amb un enfocament prioritàriament divulgatiu orientat a explicar el perquè del pla i les bases del model d'atenció.
- Curs en línia (quinze hores), que aprofundeix en el model d'atenció i les eines facilitadores. Es desenvolupa en un entorn digital i de ludificació, en el qual a partir de casos concrets es promou l'aprenentatge basat en problemes.

La recerca, la innovació i la seva integració a la pràctica assistencial afavoreixen que hi hagi més qualitat de serveis de salut, més implementació i més progressió dels avenços científics en la prevenció, el diagnòstic i el tractament dels problemes de salut crònics, així com unes cures més ètiques i eficients per a les persones. Cal fomentar la recerca i la innovació en tots els àmbits relacionats amb les persones grans i la cronicitat: envelliment saludable, prevenció de discapacitat, atenció a les persones amb problemes de salut crònics, complexitat i final de vida. Això inclou des de la recerca qualitativa centrada en els valors, les preferències i les

necessitats de les persones i els seus cuidadors fins als estudis descriptius ecològics/epidemiològics, els estudis d'intervenció i la innovació en els models d'atenció, els dispositius assistencials i l'atenció integrada.

7. Indicadors

A Catalunya, cal destacar l'aposta explícita del Pla de salut de Catalunya 2021-2025 per la promoció de l'envelliment saludable i l'autonomia i de les persones grans, la integració i la individualització de l'atenció. Aquest Pla disposa d'indicadors específics per monitorar aquesta atenció.

Els dispositius d'atenció urgent tenen la capacitat d'atendre de manera adequada les situacions agudes o les descompensacions de les malalties cròniques de les persones fràgils. Cal implantar el seguiment de l'activitat feta per monitorar les accions que s'han dut a terme durant el procés d'atenció urgent. Actualment, hi ha un marge de millora per disposar de la informació relacionada amb el cribatge, la identificació al triatge, la valoració integral i el maneig dels pacients als dispositius d'atenció urgent.

Inicialment, es proposen una sèrie d'indicadors, que complementen els anteriors, per mesurar com s'atén la fragilitat en aquests dispositius partint de les eines i les dades disponibles.

7.1. Valoració especialitzada de les alertes rebudes des de residències de gent gran al 061 consultades per la taula de fragilitat del SEM

Objectiu d'avaluació	Incrementar el nombre de valoracions fetes per la taula de fragilitat del centre coordinador del SEM (061) procedents de residències de gent gran.
Nom de l'indicador	Percentatge d'alertes ateses i avaluades per la taula de fragilitat del centre coordinador d'urgències i emergències
Justificació	Cal vetllar per oferir la millor atenció possible a les persones en situació de fragilitat al lloc més adequat. Un nombre significatiu de persones procedents de centres residencials per a gent gran i que presenten consultes de baixa prioritat són derivades als serveis d'urgències sense haver estat sotmeses a una valoració prèvia. Aquesta valoració podria ser molt beneficiosa per optimitzar l'atenció i evitar trasllats innecessaris.
Fórmula	$\frac{\text{Nombre d'alertes rebudes pel 061 procedents de residències consultades per la taula de fragilitat}}{\text{nombre total d'alertes procedents de residències per un motiu urgent de salut rebudes pel 061}} \times 100$
Definicions	Taula de fragilitat: conjunt de professionals especialitzats en l'atenció a la fragilitat ubicats al centre coordinador d'urgències i emergències (SEM)
Període	Mensual
Tipus	Procés
Estàndard	85%
Valor basal	50%
Font de les dades	SEM
Comentaris	L'indicador es desglossarà per poder recollir la perspectiva de sexe/gènere.

7.2. Atenció específica a urgències dirigida al pacient gran o vulnerable

Objectiu d'avaluació	Determinar la proporció d'ingrés hospitalari al mateix centre després de l'atenció a urgències.
Nom de l'indicador	Percentatge de persones ≥ 75 anys ateses a urgències amb ingrés al mateix centre
Justificació	L'ingrés hospitalari en pacients d'edat avançada reflecteix la seva vulnerabilitat i la possible manca d'alternatives assistencials adequades. Identificar aquesta proporció permet millorar la detecció de la fragilitat i optimitzar la presa de decisions a urgències. Promoure alternatives com l'hospitalització domiciliària ajuda a reduir ingressos evitables i millorar la qualitat assistencial.
Fórmula	$\frac{\text{Nombre de pacients fràgils atesos a urgències amb ingrés hospitalari}}{\text{nombre total de pacients fràgils atesos a urgències}} \times 100$
Definicions	Criteris d'inclusió: - Pacients atesos al servei d'urgències hospitalari >75 anys. - Pacients que finalment són ingressats al mateix hospital. Criteris d'exclusió: - Pacients atesos a urgències però donats d'alta (a domicili o altres dispositius). - Pacients traslladats a un altre centre sanitari per a ingrés. - Pacients que marxen voluntàriament sense ingrés.
Període	Mensual
Tipus	Resultat
Estàndard	$<50\%$ en persones ≥ 75 anys
Valor basal	Per definir amb el primer tall de resultats analitzats
Font de les dades	CMBD urgències
Comentaris	

Objectiu d'avaluació	Determinar la proporció de pacients que són donats d'alta d'urgències al seu domicili habitual (inclou residència) des d'urgències.
Nom de l'indicador	Percentatge d'altres al domicili habitual sense ingrés (hospital d'aguts /hospitalització a domicili/HAI) en pacients fràgils després de l'episodi urgent
Justificació	Mesurar el percentatge d'altres al domicili després d'un episodi urgent permet avaluar l'eficàcia dels circuits assistencials i la presa de decisions a urgències. Un ús adequat d'alternatives com l'atenció primària, l'hospitalització a domicili o l'HAI pot reduir ingressos innecessaris, optimitzar recursos hospitalaris i millorar la qualitat assistencial, sense requerir hospitalització a un centre d'aguts, hospitalització intermèdia (proporció d'alta sense ingrés intern o extern) o exclusió d'HaD.
Fórmula	$\frac{\text{Nombre de pacients fràgils que són donats d'alta d'urgències al seu domicili habitual (inclou residència) des d'urgències}}{\text{nombre de pacients fràgils atesos a urgències}} \times 100$
Definicions	Inicialment es mesuraran les persones >75 anys i les identificades com a PCC/MACA. Eina d'identificació: 3D (fragilitat>0) o altres utilitzades al servei d'urgències. Criteris d'inclusió: - Pacients atesos al servei d'urgències hospitalari. - Pacients donats d'alta al seu domicili habitual després de la valoració urgent. Criteris d'exclusió: - Pacients que requereixen ingrés hospitalari en un centre d'aguts. - Pacients derivats a hospitalització a domicili (HaD) o atenció intermèdia (HAI). - Trasllats a un altre centre sanitari per a ingrés. - Defuncions a urgències.
Període	Mensual
Tipus	Resultat
Estàndard	>30% (en >75 anys), >20% en PCC/MACA
Valor basal	Per definir amb el primer tall de resultats analitzats
Font de les dades	CMBD-UR
Comentaris	Es treballarà per disposar d'una eina homogènia per identificar la fragilitat. HAI: hospital d'atenció intermèdia. L'indicador es desglossarà per poder recollir la perspectiva de sexe/gènere.

Objectiu d'avaluació	Detectar les persones fràgils que presenten un episodi de delirium durant l'atenció a urgències.
Nom de l'indicador	Percentatge de pacients ≥ 75 anys amb diagnòstic de delirium (CIM-10: F05) durant l'estada al servei d'urgències a urgències
Justificació	El delirium és un trastorn agut de l'estat mental caracteritzat per una alteració en l'atenció, la consciència i la cognició, que acostuma a ser conseqüència d'una malaltia subjacent. És una condició freqüent, però infradiagnosticada als serveis d'urgències, amb conseqüències greus si no es detecta i es tracta a temps. L'atenció correcta dels pacients fràgils a urgències disminueix l'aparició de delirium durant l'estada a urgències.
Fórmula	$\text{Nombre de pacients } \geq 75 \text{ anys amb diagnòstic de delirium a urgències} / \text{nombre total de pacients } > 75 \text{ anys atesos a urgències} \times 100$
Definicions	Eines recomanades per a la detecció: 3D+, 4AT (avaluació ràpida del delirium), CAM (<i>Confusion Assessment Method</i>) o la utilitzada al servei d'urgències. Criteris d'inclusió: - Pacients de 75 anys o més. - Pacients conscients i capaços de ser avaluats. - Atenció en serveis d'urgències hospitalaris. Criteris d'exclusió: - Pacients en estat crític o amb deteriorament neurològic sever. - Pacients amb antecedents de demència severa sense capacitat de resposta.
Període	Mensual
Tipus	Procés
Estàndard	Per definir amb el primer tall de resultats analitzats
Valor basal	0,6% ≥ 75 a, 0,6% en PCC/MACA
Font de les dades	Registre CIM-10 al CMBD d'urgències
Comentaris	Codi diagnòstic CIM-10: F05. Es recolliran els diagnòstics principals i secundaris. L'indicador es desglossarà per poder recollir la perspectiva de sexe/gènere, Es valorarà l'extracció alternativa d'informació a través dels registres dels centres. Cal treballar en els procediments de registre per identificar el màxim nombre de casos possible, especialment aquells casos en què el delírium s'associa a un altre diagnòstic principal. Per garantir la fiabilitat de l'indicador es faran comprovacions per poder arribar a una identificació sistemàtica.

Objectiu d'avaluació	Detectar la incidència de les persones fràgils que presenten una caiguda durant l'atenció a urgències.
Nom de l'indicador	Percentatge de pacients de 65 anys o més que pateixen una caiguda sobre el total de pacients d'aquesta edat atesos al servei d'urgències
Justificació	Una caiguda en un pacient fràgil (persones grans amb múltiples comorbiditats, deteriorament funcional o cognitiu) pot tenir conseqüències greus tant des del punt de vista físic com funcional i psicològic, amb aparició de fractures, traumatismes cranials, ferides, pèrdua funcional després de la caiguda, nafres, dependència, por o ansietat.
Fórmula	$\frac{\text{Nombre total de pacients} \geq 65 \text{ anys que pateixen una caiguda a urgències}}{\text{nombre de pacients} \geq 65 \text{ anys atesos al servei d'urgències}} \times 100$
Definicions	
Període	Mensual
Tipus	Resultat
Estàndard	0%
Valor basal	No disponible
Font de les dades	No disponible
Comentaris	L'indicador es desglossarà per poder recollir la perspectiva de sexe/gènere. Es mirarà d'accedir a aquesta informació a través del registre d'esdeveniments adversos dels centres.

Objectiu d'avaluació	Identificar el nombre de persones fràgils que tornen al servei d'urgències en ≤72 hores i requereixen ingrés hospitalari.
Nom de l'indicador	Percentatge de persones de 75 anys o més que tornen a urgències en ≤72 hores amb resultat final d'ingrés hospitalari
Justificació	El reingrés hospitalari en ≤72 hores en persones fràgils indica una alta vulnerabilitat i possibles mancances en la planificació de l'alta. Identificar aquests casos permet millorar la presa de decisions, optimitzar el seguiment postalta i reduir complicacions evitables, per millorar, així, la qualitat assistencial i l'eficiència del sistema sanitari.
Fórmula	$\frac{\text{Nombre de pacients fràgils que tornen a urgències en } \leq 72 \text{ h i requereixen ingrés hospitalari}}{\text{nombre total de pacients fràgils atesos amb resultat d'alta a domicili}} \times 100$
Definicions	Criteris d'inclusió: - Retorns pel mateix motiu de consulta o relacionat. - Persones fràgils identificades a urgències amb una escala (3D+ (>0) o altres). - Pacients donats d'alta des del servei d'urgències. - Reingrés a urgències en menys de 72 hores des de l'alta. - Necessitat d'ingrés hospitalari en la segona visita. Criteris d'exclusió: - Reingressos relacionats amb complicacions postquirúrgiques programades. - Pacients derivats a urgències per un altre centre sanitari per un motiu no relacionat amb la consulta prèvia. - Casos en què el reingrés és per causes socials sense descompensació clínica.
Període	Mensual
Tipus	Resultat
Estàndard	<7%
Valor basal	5,76% en ≥75 a
Font de les dades	CMBD-UR
Comentaris	Es consideraran els retorns al mateix centre on han estat visitats inicialment. L'indicador es desglossarà per poder recollir la perspectiva de sexe/gènere.

Objectiu d'avaluació	Determinar la capacitat resolutiva dels serveis d'urgències en l'atenció al pacient fràgil amb un motiu de consulta urgent.
Nom de l'indicador	Percentatge de pacients amb estada >24 hores al servei d'urgències amb resultat final d'alta hospitalària (no ingrés al mateix centre)
Justificació	A vegades, les persones ateses a urgències es beneficien de períodes d'estada superiors a 24 hores, especialment quan es resol el problema de salut urgent que genera la consulta. Tot i que en general es recomana que les estades als serveis d'urgències siguin inferiors a 24 hores, es valora positivament el fet d'allargar més enllà de 24 hores (en espais o amb procediments adequats) quan l'objectiu i el resultat final és la resolució del motiu de consulta i la derivació al domicili habitual.
Fórmula	$\frac{\text{Nombre de pacients fràgils (PCC/MACA) amb estada a urgències >24 hores i alta a domicili habitual}}{\text{nombre total de pacients fràgils amb estada a urgències >24 hores}} \times 100$
Definicions	Criteris d'inclusió: - Persones fràgils identificades a urgències amb una escala (3D+ (>0) o altres). - Pacients amb estada >24 hores al servei d'urgències. - Pacients amb resultat final d'alta hospitalària (tornada al domicili, trasllat a un altre centre sense ingrés hospitalari, etc.). Criteris d'exclusió: - Pacients ingressats a l'hospital després de l'estada a urgències. - Trasllats a altres centres amb ingrés hospitalari. - Defuncions a urgències.
Període	Mensual
Tipus	Resultat
Estàndard	<10%
Valor basal	7,7% (PCC/MACA); 7,7% (≥75 a)
Font de les dades	CMBD-UR
Comentaris	L'indicador es desglossarà per poder recollir la perspectiva de sexe/gènere.

8. Pròxims passos

Aquest document és un punt de partida de consens, a partir del qual caldrà concretar una sèrie d'aspectes clau:

- Definir el model d'atenció urgent a Catalunya, a través d'un grup de treball representatiu, que inclogui el model d'atenció a la fragilitat per als anys vinents i reculli la nova realitat que suposa la incorporació d'especialistes en urgències i emergències.
- Disposar d'un registre dels pacients fràgils identificats al triatge de manera que sigui accessible al sistema per poder analitzar-lo i compartir-lo. Aquest registre ha d'incloure no només les persones identificades com a PCC/MACA, sinó també les persones fràgils identificades des d'altres dispositius del sistema de salut.
- Disposar de les dades integrades per poder avaluar la capacitat de resolució dels diversos dispositius assistencials.
- Treballar en un contingut formatiu adequat per als equips d'urgències i que doni resposta a les necessitats de la pràctica assistencial.
- Afavorir la recerca clínica i translacional per avaluar l'aplicació de noves intervencions que impliquin tots els dispositius d'atenció urgent.
- Incloure la perspectiva de sexe i gènere en l'anàlisi de les noves accions proposades i les que es portaran a terme.

9. Bibliografia

1. Shenvi CL, Platts-Mills TF. Managing the Elderly Emergency Department Patient. *Ann Emerg Med*. 2019;73:302-7.
2. Conroy S, Chikura G. Emergency care for frail older people—urgent AND important—but what works? *Age Ageing*. 2015;44:724-5.
3. Keverline KJ, Mow SJ, Cyr JM, Platts-Mills T, Brice JH. Barriers to Discharge in Geriatric Long Staying Inpatient and Emergency Department Admissions: A Descriptive Study. *Geriatrics (Basel)*. 2021 Aug 11;6(3):78. Doi: 10.3390/geriatrics6030078. PMID: 34449655; PMCID: PMC8396028.
4. Kent T, Lesser A, Israni J, Hwang U, Carpenter C, Ko KJ. 30-Day Emergency Department Revisit Rates among Older Adults with Documented Dementia. *J Am Geriatr Soc*. 2019:1-6.
5. Wadhera RK, Joynt Maddox KE, Kazi DS, Shen C, Yeh RW. Hospital revisits within 30 days after discharge for medical conditions targeted by the Hospital Readmissions Reduction Program in the United States: national retrospective analysis. *BMJ*. 2019;366:l4563-70.
6. Banerjee J, Conroy S, Cooke MW. Quality care for older people with urgent and emergency care needs in UK emergency departments. *Emerg Med J*. 2013;30:699-700.
7. European Taskforce on Geriatric Emergency Medicine (ETGEM) collaborators. Prevalence of Frailty in European Emergency Departments (FEED): an international flash mob study. *Eur Geriatr Med*. 2024 Apr;15(2):463-70. Doi: 10.1007/s41999-023-00926-3. Epub 2024 Feb 10. PMID: 38340282; PMCID: PMC10997678.
8. Bases conceptuals i model d'atenció per a les persones fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) avançada (MACA) [consulta 04 març 2022]. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.
9. Miró O, Jacob J, García-Lamberechts EJ, Piñera Salmerón P, Llorens P, Jiménez S, et al. Características sociodemográficas, funcionales y consumo de recursos de la población mayor atendida en los servicios de urgencias españoles: una aproximación desde la cohorte EDEN. *Emergencias*. 2022;34:418-27.
10. Han JH, Shintani A, Eden S, Morandi A, Solberg LM, Schnelle J, et al. Delirium in the emergency department: An independent predictor of death within 6 months. *Ann Emerg Med*. 2010;56:244-52.

11. Ellis G, Marshall T, Ritchie C. Comprehensive geriatric assessment in the emergency department. *Clin Interv Aging*. 2014;9:2033-43.
12. Conroy SP, Turpin S. New horizons: urgent care for older people with frailty. *Age Ageing*. 2016;45:579-86.
13. Foo CL, Siu VWY, Ang H, Phuah MWL, Ooi CK. Risk stratification and rapid geriatric screening in an emergency department - a quasi-randomised controlled trial. *BMC Geriatr*. 2014;14:98.
14. Conroy SP, Ansari K, Williams M, Laithwaite E, Teasdale B, Dawson J, et al. A controlled evaluation of comprehensive geriatric assessment in the emergency department: The "Emergency Frailty Unit". *Age Ageing*. 2014;43:109-14.
15. Brown CJ, Kennedy RE, Lo AX, Williams CP, Sawyer P. Impact of Emergency Department Visits and Hospitalization on Mobility Among Community- Dwelling Older Adults. *Am J Med*. 2016;129:e9-e15.
16. Moloney E, O'Donovan MR, Carpenter CR, Salvi F, et al. Core requirements of frailty screening in the emergency department: an international Delphi consensus study, *Age and Ageing*, Volume 53, Issue 2, February 2024. Doi: 10.1093/ageing/afae013.
17. Amblàs-Novellas J, et al. Índice frágil-VIG: diseño y evaluación de un índice de fragilidad basado en la Valoración Integral Geriátrica. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*. 2016;52(3):119-27.
18. Puig Campmany M, Blázquez Andión M, Ris Romeu J. Aprender, desaprender y reaprender para asistir ancianos en urgencias: el secreto del cambio. *Emergencias*. 2020;32:122-30.
19. Garcia-Pérez D, Robles-Perea L, Vena-Martínez A, Arnau A, Robles-Bernabeu G, Espauella-Panicot J. Las 3D/3D+ como herramienta de valoración geriátrica rápida y de adecuación del recurso asistencial al alta de los Servicios de Urgencias. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*. 2022;57(4):212-9. ISSN 0211-139X, <https://doi.org/10.1016/j.regg.2022.06.004>.
20. Garcia-Pérez D, Vena-Martínez A, Robles-Perea L, Roselló-Padullés T, Espauella-Panicot J, Arnau A. Prognostic Value of a New Tool (the 3D/3D+) for Predicting 30-Day Mortality in Emergency Department Patients Aged 75 Years and Older. *J Clin Med*. 2023 oct 11;12(20):6469. <https://doi.org/10.3390/jcm12206469>.
21. Moloney E, et al. Core requirements of frailty screening in the emergency department: an international Delphi consensus study. *Age and ageing*. 2024;53(2). ISSN 0002-0729. Doi: 10.1093/ageing/afae013.
22. Ruiz JG, Theou O. Frailty: A Multidisciplinary Approach to Assessment, Management, and Prevention. Cham: Springer Nature Switzerland AG; 2024. ISBN 978-3-031-57360-6. Doi: 10.1007/978-3-031-57361-3.
23. Shenkin SD, Fox C, Godfrey M, Siddiqi N, Goodacre S, Young J, Anand A, Gray A, Hanley J, MacRaild A, Steven J, Black PL, Tiegies Z, Boyd J, Stephen J, Weir CJ, MacLulich AMJ. Delirium detection in older acute medical inpatients: a multicentre prospective comparative diagnostic test accuracy study of the 4AT and the confusion assessment method. *BMC Med*. 2019 Jul 24;17(1):138. Doi: 10.1186/s12916-019-1367-9. PMID: 31337404; PMCID: PMC6651960.
24. Oh ES, Fong TG, Hshieh TT, Inouye SK. Delirium in Older Persons: Advances in Diagnosis and Treatment. *JAMA*. 2017 Sep 26;318(12):1161-74. Doi: 10.1001/jama.2017.12067. PMID: 28973626; PMCID: PMC5717753.
25. Resnick B, Boltz M, Galik E, Holmes S, Vigne E, Fix S, Zhu S. Pain Assessment, Management, and Impact Among Older Adults in Assisted Living. *Pain Manag Nurs*. 2019 Jun;20(3):192-7. Doi: 10.1016/j.pmn.2019.02.008. Epub 2019 May 10. PMID: 31080144; PMCID: PMC6591095.
26. Cantón-Habas V, Carrera-González MDP, Moreno-Casbas MT, Rich-Ruiz M. Spanish adaptation and validation of the Pain Assessment Scale in Advanced Dementia (PAINAD) in patients with dementia and impaired verbal communication: cross-sectional study. *BMJ Open*. 2021 Jun 22;11(6):e049211. Doi: 10.1136/bmjopen-2021-049211. PMID: 34158307; PMCID: PMC8220480.
27. Abbey J, Piller N, De Bellis A, Esterman A, Parker D, Giles L, Lowcay B. The Abbey pain scale: a 1-minute numerical indicator for people with end-stage dementia. *Int J Palliat Nurs*. 2004 Jan;10(1):6-13. Doi: 10.12968/ijpn.2004.10.1.12013. PMID: 14966439.
28. Sullivan C, Staib A, Khanna S, Good NM, Boyle J, Cattell R, et al. The National Emergency Access Target (NEAT) and the 4-hour rule: time to review the target. *Med J Aust [Internet]*. 2016;204(9):354.

29. Sprivulis PC, Da Silva JA, Jacobs IG, Frazer ARL, Jelinek GA. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *Med J Aust* [Internet]. 2006 Mar 6;184(5):208-12.
30. Stang AS, Crotts J, Johnson DW, Hartling L, Guttman A. Crowding measures associated with the quality of emergency department care: A systematic review. *Acad Emerg Med* [Internet]. 2015;22(6):643-56.
31. Poutanen SM, Low DE, Henry B, Finkelstein S, Rose D, Green K, et al. Identification of severe acute respiratory syndrome in Canada. *Nejm* [Internet]. 2003;348(20):1995-2005.
32. Sullivan C, Staib A, Khanna S, Good NM, Boyle J, Cattell R, et al. The National Emergency Access Target (NEAT) and the 4-hour rule: time to review the target. *Med J Aust* [Internet]. 2016;204(9):354.
33. Roussel M, et al. Overnight Stay in the Emergency Department and Mortality in Older Patients. *JAMA Intern Med*. 2023;183(12):1378-85. Doi: 10.1001/jamainternmed.2023.5961.

9.1. Altra bibliografia recomanada

Fehlmann CA, Mc Loughlin K, Cosgriff EJ, et al. Service provision for Frailty in European Emergency Departments (FEED): a survey of operational characteristics. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2024; 32(64). Doi: 10.1186/s13049-024-01234-w.

European Taskforce on Geriatric Emergency Medicine collaborators. Prevalence of Frailty in European Emergency Departments (FEED): an international flash mob study. *Eur Geriatr Med*. 2024.

10. Annexos

10.1. Annex 1. Escala de valoració 3D/3D+



VALORACIÓ EXPRÉS MULTIDIMENSIONAL a URGÈNCIES per a PACIENT ≥75 anys

3D Component basal		(Explora els 15 dies previs amb estabilitat clínica)	
Dependència per Les ABVD /Deambulació activitat física	Deteriorament Cognitiu / Demència.	FRAGILITAT MULTIDIMENSIONAL :	Domicili
Pel que fa a la velocitat de la marxa i l'autonomia Com era el pacient 15 dies abans d'aquesta consulta?	Pel que fa a la memòria, Quines necessitats tenia el pacient 15 dies abans d'aquesta consulta?	La puntuació més alta de la D dona la categorització final 3D(x) a expenses funcional o cognitiu	Amb qui viu?
3D 0: Exercici diari o setmanal. No necessita ajuda per a les ABVD. 	3D 0: Cap problema o percepció personal d'algun oblit. (Podria correspondre GDS1/GDS2). Absència de deteriorament cognitiu. 	3D 0 NO FRAGILITAT. Resposta com a adult sa	Viu sol a domicili propi.
3D 1: No exercici, però surt diàriament al carrer sense necessitat d'un tercer. Requereix supervisió puntual per a alguna ABVD. 	3D 1: La família/cuidador refereix que presenta algun oblit, que no és percebut pel pacient. (podria correspondre GDS3). Deteriorament cognitiu lleu. 	3D 1 FRAGILITAT INICIAL (a expenses de funcional/cognitiu o ambdós). Alta probabilitat de resposta òptima a un tractament adequat	Viu acompanyat a domicili propi/família.
3D 2: Sedentari. No surt tot sol al carrer. Alguna de les ABVD no la pot fer sol. 	3D 2: Requereix supervisió per vestir-se (escollir roba), i es fa difícil deixar-lo sol. (Podria correspondre GDS 4-5). Deteriorament cognitiu moderat. 	3D 2 FRAGILITAT INTERMÈDIA (a expenses de funcional/cognitiu o ambdós). Alta probabilitat de resposta intermèdia a un tractament adequat	Viu a residència.
3D 3: Assegut o enllitat. Dependent per a les ABVD. 	3D 3: Requereix estar acompanyat les 24h del dia (podria correspondre GDS ≥ 6). Deteriorament cognitiu sever-molt sever. 	3D 3 FRAGILITAT AVANÇADA. (a expenses de funcional/cognitiu o ambdós). Alta probabilitat de resposta poca o nul·la a un tractament adequat	Viu a residència.



Component dinàmic				
(Explora situació en el moment agut causada pel motiu de la consulta)				
Declivi funcional agut	Delirium	Domicili	+ Drogues	Detecció de canvi agut
S'ha alterat alguna de les seves ABVD?	Presenta una situació cognitiva diferent de l'habitual?	Serà arriscat implementar el tractament a casa les 24 hores?	Els fàrmacs (inici/retirada) podrien ser un facilitador del motiu de consulta?	Hi ha afectació en alguna dimensió?
NO	NO	NO	NO	NO
SI Agut (darrers 15 dies)	SI Està hiperactiu	SI	SI	SI 3D+ ALTERADA Valorar la ubicació més adequada a falta
SI Progressiu (últimes setmanes/mesos)	SI Està hipoactiu			

Figura 2. Adecuación del recurso asistencial al alta del SUH en base al juicio clínico y a la valoración 3D/3D+.

Motivo clínico de ingreso	3D	3D+	Diagnóstico completado	Diagnóstico No completado	Domicilio/residencia
No	3D 0,1,2,3	No alterada	-	-	Sí
No	3D 0,1,2,3		-	-	Intervención
Sí	3D 0	No alterada	UT / HAD	HC	-
Sí	3D 0		UT	UGA	-
Sí	3D 1	No alterada	UT / HAD	UGA	-
Sí	3D 1		UGA	UGA	-
Sí	3D 2	No alterada	UT / HAD	UGA	-
Sí	3D 2		HAI	UGA	-
Sí	3D 3	No alterada	HAD / HAI	HAI	-
Sí	3D 3		HAI	HAI	-

HC: Hospitalización Convencional; UGA: Unidad de Geriátria de Agudos; UT: Unidad de Transición; HAI: Hospital Atención Intermedia; HAD: Hospitalización a Domicilio; : dimensión alterada; : enlace primaria/gestión del caso.

Pacient **sense indicació d'ingrés** però **3D+ alterat** es beneficia d' intervenció comunitària posterior a l'alta

Pacient **3D3** amb o sense alteració **3D+** , es pot beneficiar de la hospitalització intermèdia o a domicili

El pacient amb diagnòstic no completat, amb o sense alteració **3D+**, es beneficia d'hospitalització a aguts

El pacient amb diagnòstic completat, es pot beneficiar d'unitats assistencials de transició , atenció intermèdia o hospitalització a domicili, en funció del centre i la diversitat de nivells assistencials disponibles.

El pacient ingressa al **nivell assistencial** on té accés a les cures i el tractament que necessita tant per la **patologia** com per l' **afectació multidimensional** que presenta en relació a la malaltia actual.

Font: <https://www.socmue.cat/?p=page/html/gt-geriurg>. Garcia-Pérez D, Vena-Martínez A, Robles-Perea L, Roselló-Padullés T, Espauella-Panicot J, Arnau A. Prognostic Value of a New Tool (the 3D/3D+) for Predicting 30-Day Mortality in Emergency Department Patients Aged 75 Years and Older. J. Clin. Med. 2023;12:6469. <https://doi.org/10.3390/jcm12206469>.

10.2. Annex 2. Document d'identificació suggerida

NOM DE LA PERSONA					
CIP					
Etapa 1: IDENTIFICACIÓ	<i>Es proposa identificar la persona com a</i>	PCC (criteris PCC)	MACA (criteris NECPAL 4.0)		
	<i>Criteris que indueixen a proposar la identificació de la persona</i>	Complexitat clínica (Multimorbiditat, evolució dinàmica, GMA d'alt risc...)	Pregunta sorpresa		
		Complexitat social (Situació social de risc o disfuncional)	Necessitats pal·liatives		
			Pèrdua funcional		
		Complexitat de sistema (Intervenció de múltiples equips/professionals. Benefici de maneig interdisciplinari/atenció integrada)	Pèrdua nutricional		
			Multimorbiditat		
<i>S'ha consensuat de la identificació?</i> <i>Se n'ha informat?</i>	Amb el pacient Al pacient	Amb la família A la família	Pendent de fer		
INFORMACIÓ ADDICIONAL (opcional):					
Etapa 2: DIAGNÒSTIC SITUACIONAL	Hi ha hagut algun canvi significatiu respecte de la situació basal?	En l'àmbit GLOBAL (increment de grau de fragilitat) (...)			
		En l'àmbit de les MALALTIES	En l'àmbit FUNCIONAL	En l'àmbit MENTAL	En l'àmbit SOCIAL
	Hi ha necessitats noves?	(...)			
Etapa 3: PLA D'ATENCIÓ	Objectius generals proposats (d'acord amb situació global del pacient, els seus valors i preferències)	Millora de la SUPERVIVÈNCIA			
		Millora o manteniment de la FUNCIONALITAT			
	Proposta d'accions específiques	BENESTAR i control SIMPTOMÀTIC			
Altres aspectes que cal destacar d'acord amb els valors i les preferències de la persona					
Etapa 4: PIIC	Recomanacions en cas de crisi o descompensació	En relació amb			
		• Accions d'emoderament i autocura proposades			
		• Adequació de la prescripció farmacèutica			
		• Proposta de canvis en la provisió de serveis (socials o sanitaris)			
	<i>S'ha consensuat l'adequació de la intensitat terapèutica?</i>	Amb el pacient	Pendent de consensuar		
		Amb la família			