ABORDAJES POBLACIONALES vs INDIVIDUALES de la FRAGILIDAD

XIV CURSO ALMA

MIAMI, EEUU.

SEPTIEMBRE 10 AL 13. 2015

GRUPO 2

Diego Andrés Chavarro Carvajal - Héctor Anthony Steele Britton - Beatriz Marcela Mar Meza - Aldo Ramón Sgaravatti Ferreiro - Everest Barrientos López - Mara Sofía López Wortzman - Luciana Lilian Louzada Martini - Begoña Prado Villanueva - Jazmín Teresa Pozos López

Organización Panamericana de la Salud

Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

ACADEMIA LATINOAMERICANA DE MEDICINA DEL ADULTO MAYOR

ALMA

The Clinical Care of Frail, Older Adults

- La atención de los Adultos Mayores (AM) frágiles es compleja 2º a:
  - ✓ creciente discapacidad,
  - ✓ múltiples patologías crónicas,
  - ✓ heterogeneidad,
  - ✓ Carencia y/o necesidad de apoyos sociales.

- Los AM frágiles conforman la población con más probabilidades de beneficiarse de intervenciones integrales especializadas y focalizadas.

Ko, F. et al. Clin Geriatr Med. 2011 Feb;27(1):89-100.

Abordajes en salud

Abordaje poblacional

- Intervenciones que tienen como objetivo un **grupo poblacional definidos** y con amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud,
- **Propicia investigaciones** que permite reconocer y abordar la cobertura, acceso, costos y resultados en salud.
- **Genera propuestas de** los sistemas de salud con objetivo de mejoramiento de las condiciones de salud de las poblaciones.

Abordaje Individual

- Intervención que tiene como objetivo el **individuo**, permitiendo abordaje biomédica, psicosocial y cultural. Evalúa procesos biológicos: clínicos y patológicos.
- Sus investigaciones **determinan eficacia** de las medidas preventivas, diagnósticas y terapeúticas.
- Actualmente **en desarrollo medicina centrada** en el paciente: metas individuales de cuidado, creencias, preferencias, contexto social y la individual percepción del paciente respecto a su enfermedad.

Modelos poblacionales de abordaje de fragilidad

Mejora de los Cuidados Crónicos a través de las Redes Integradas de Servicios de Salud

Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS

En el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS

NHS England

Safe, compassionate care for frail older people using an integrated care pathway:

Practical guidance for commissioners, providers and nursing, medical and allied health professional leaders



- Reunión de Alto Nivel para abordar la prevención y el control de las Enfermedades No Transmisibles, con especial atención a los países en desarrollo. Asamblea General de las Naciones Unidas (2011)
- Mejora de los cuidados crónicos através de las Redes Integradas de Servicios de Salud Cuidados . Organizacion Panamericana de la Salud. (2012)
- Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS . España 2013

Healthy active ageing and supporting independence:

- Influenza and pneumococcal pneumonia vaccination.
- Adequate treatment for 'minor conditions' which may limit independence.
- Support to maintain healthy lifestyle – regular exercise, not smoking, reducing alcohol consumption, healthy eating and preventing obesity.

Living well with simple or stable long-term conditions:

- Personalised care planning and shared decision-making is a universal offer for all those aged 75 and over with one or more long-term condition.
- Treatment and management of long-term conditions in older people is optimised and there is no discrimination on the basis of age alone.
- The use of assistive technology is part of the menu of options in place for patients to effectively self-manage their long-term condition.

Living well with complex comorbidities, dementia and frailty:

- Systematic, targeted case-finding. This includes using risk stratification, electronic case-finding tools and screening within primary and community settings.
- Proactive comprehensive geriatric assessment (CGA) and follow-up.
- An identified keyworker who acts as a case manager and coordinator of care across the system.
- General practices monitor hospitalisation and avoidable ED attendances regularly and determine whether alternative care pathways might have been more appropriate.
- Carers are offered an independent assessment of their needs and signposted to interventions to support them in their caring role.
- Opportunities to participate in exercise are available to frail older people.

Safe, compassionate care for frail older people using an integrated care pathway

Case finding and assessment

Good acute hospital care when (and only when) needed:

- A simple referral system with a single point of access for frail older people.
- Expert decision makers are available at the front door of the acute hospital from 8am to 8pm, seven days a week. Specialist assessment should be available within 12 hours of admission, seven days a week.
- An identified Frailty Unit/Service should be available with staff trained how to look after frail focusing on rapid assessment, treatment and rapid discharge.
- The presence of one or more frailty syndromes should trigger a comprehensive geriatric assessment.
- Sufficient specialty and community hospital beds to look after all frail older patients with complex needs and enough relevantly trained staff to deliver high-quality care and assessment for them.
- Hospitals should have operational plans to reduce the number of ward moves, especially out of hours with accompanying plans to mitigate their adverse effects on continuity of care, reduction in harm and improved patient experience for frail older people.

High-quality nursing and residential care for those who truly need it:

- All older people for whom long-term care is being considered have a comprehensive assessment of need, adequate treatment of medical problems which are precipitating decisions to move, adequate rehabilitation and wherever possible, are not 'placed' directly from acute hospital settings.
- Alternatives should all be fully considered. Telecare/AT options considered and optimised before move to care home.
- Assessments should not be a cause of delay in hospital.
- When a person is admitted to a care home, primary-care services should provide comprehensive geriatric assessment, personalised care planning in partnership with the person and planning for the future. Commissioners need to commission adequate primary care services to ensure this can happen effectively.
- Healthcare for care home residents is an actively commissioned service, with clear service specifications linked to quality standards detailed in contracts. The goal should be to provide high-quality, multi-disciplinary and multi-agency healthcare support for older people in long-term care.

Choice, control and support towards the end of life:

- Structured approaches in care homes such as the Gold Standards Framework, with advance care plans, advance decisions and adequate choice, control and support towards the end of life.
- Tools are used systematically to identify frail older people at the end of their life.
- Advance care planning is not seen as a one-off event; communication with patients and families is a continuous process and should be made available to patients with and without mental capacity, fully involving carers/relatives in best interest decisions.
- Equitable access to specialist palliative care services for frail older people.
- Commissioners should use the BGS Commissioning Guidance: 'High Quality Health Care for Older Care Home Residents' (BGS, 2013) to specify the clinical and service priorities for meeting care home residents' needs.

Safe, compassionate care for frail older people using an integrated care pathway

Case finding and assessment

Abordaje poblacional

- En Reino unido para evitar admisiones no planificadas proponen que médicos identifiquen el 2% de los pacientes que están en mayor riesgo de ingreso hospitalario para ofrecerles un plan de atención
  - Muchos de estos pacientes tendrán fragilidad
  - No hay una herramienta disponible para tamizaje (consenso)
  - Se encuentra en desarrollo un índice de fragilidad electrónico que utilice la información de registro de la práctica clínica para identificar fragilidad y puntuar su gravedad

Fit for Frailty - consensus best practice guidance for the care of older people living in community and outpatient settings – a report from the British Geriatrics Society 2014

Age and Ageing 2014; 43: 744–747

Abordaje de fragilidad desde atención primaria

REVIEW Open Access

Frailty in primary care: a review of its conceptualization and implications for practice

ARTÍCULO ESPECIAL

El anciano frágil. Detección y tratamiento en AP

Iñaki Martín Lesende[a,b,c,*], Ana Gorroñogoitia Iturbe[b,d], Javier Gómez Pavón[c,e], Juan José Baztán Cortés[c,e] y Pedro Abizanda Soler[c,f]

Editorial

Detecting Frailty in Primary Care: A Major Challenge for Primary Care Physicians

Marie-Eve Rougé Bugat MD[a,b,*], Philippe Cestac PharmD[b,c], Stéphane Oustric MD[a,b], Bruno Vellas MD, PhD[b,d], Fati Nourhashemi MD, PhD[b,d]

- La atención primaria (AP) podría ser el mejor escenario para lograr intervención en fragilidad.
- AP tendría rol importante en identificación de factores de riesgo y tamizaje. Todavía sin evidencia el beneficio de intervención.
- Pendiente establecer que herramienta diagnóstica es mejor para el tamizaje y que tipo de intervención sería la mejor.
- Pendiente establecer si el tamizaje será beneficioso en prevenir fragilidd y lograr calidad de vida.

REVIEW Open Access

Frailty in primary care: a review of its conceptualization and implications for practice

Detectar fragilidad en AP ¿ ha cambiado los resultados en salud?

Detección de fragilidad en AP:

- Tener mejor argumentos para recomendar intervenciones de prevención y tamizaje.
- Permite predecir riesgos (quirúrgicos, riesgo cardiovascular, emergencia)
- Tomar decisiones terapeúticas (oncología, cirugía, cardiología)
- Reducir costos.
- Discutir objetivos de cuidado y decisiones al final de la vida.
- Direcciona pacientes que necesitan VGI.
- **Principal dificultad la gran variabilidad de instrumentos.**

Lacas and Rockwood BMC Medicine 2012, 10:4

Effectiveness of interdisciplinary primary care approach to reduce disability in community dwelling frail older people: cluster randomised controlled trial

Objective To evaluate whether an interdisciplinary primary care approach for community dwelling frail older people is more effective than usual care in reducing disability and preventing (further) functional decline.

Conclusions This study found no evidence for the effectiveness of the PoC approach. The study contributes to the emerging body of evidence that community based care in frail older people is a challenging task. More research in this field is needed.

Interventions General practices were randomised to the intervention or control group. Practices in the control group delivered care as usual. Practices in the intervention group implemented the "Prevention of Care" (PoC) approach, in which frail older people received a multidimensional assessment and interdisciplinary care based on a tailor made treatment plan and regular evaluation and follow-up.

Main outcome measures The primary outcome was disability, assessed at 24 months by means of the Groningen Activity Restriction Scale. Secondary outcomes were depressive symptomatology, social support interactions, fear of falling, and social participation. Outcomes were measured at baseline and at 6, 12, and 24 months' follow-up.

Prevention of Care (PoC):

Evaluadores y ejecutores: enfermera practicante

- PASO 1: Medición de fragilidad: encuesta por correo (Groningen Frailty indicator)
- PASO 2: visita domiciliaria de evaluación: ABVD y AIVD, otras condiciones
- PASO 3: discusión del caso entre médico y enfermera y si consideran necesario; TF, TO otro médico especialista.
- PASO 4: Visita domiciliaria, se deja e instruye sobre plan de tramiento con pautas y recomendaciones
- PASO 5: Visita de seguimiento, refuerza recomendaciones, programas educativos.
- PASO 6: seguimiento y evaluación, decisión respecto a necesidad de cuidados.

BMJ 2013;347:f5264 doi: 10.1136/bmj.f5264

El anciano frágil. Detección y tratamiento en AP

Iñaki Martín Lesende[a,b,c,*], Ana Gorroñogoitia Iturbe[b,d], Javier Gómez Pavón[c,e],

Tabla 1 Competencia y capacidades necesarias en los profesionales de atención primaria, para abordar adecuadamente a la población mayor y fragilidad

Fomento y extensión de actividades preventivas, especialmente de la actividad y ejercicio físico
Conocimiento y empleo selectivo en la realización de la VGI
Tratamiento adecuado de los principales síndromes geriátricos:
deterioro cognitivo y demencia
trastornos sensoriales (visión y audición)
síndrome confusional
incontinencia urinaria
inestabilidad y caídas
inmovilismo y sus consecuencias
Adecuado abordaje de enfermedades crónicas prevalentes y relevantes HTA, diabetes de tipo 2, enfermedad osteoarticular y artrosis, etc., o las peculiaridades en las personas mayores de procesos comunes también en otras edades (tratamiento del dolor, insomnio, ansiedad, depresión, estreñimiento, etc.)
Revisión periódica y adecuación de la medicación habitual
Conocimiento y ajustar nuestras intervenciones a las guías de práctica clínica de referencia existentes
Conocimiento y contribución a promover un adecuado soporte social

HTA: hipertensión arterial; VGI: valoración geriátrica integral.

Aten Primaria. 2010;42(7):388–393

Modelos INDIVIDUALES de abordaje de fragilidad

- Programas de **ejercicios** de resistencia de al menos dos veces por semana, beneficiosos. Tratamiento hormaonal y antiinflamatorios: no beneficiosos.

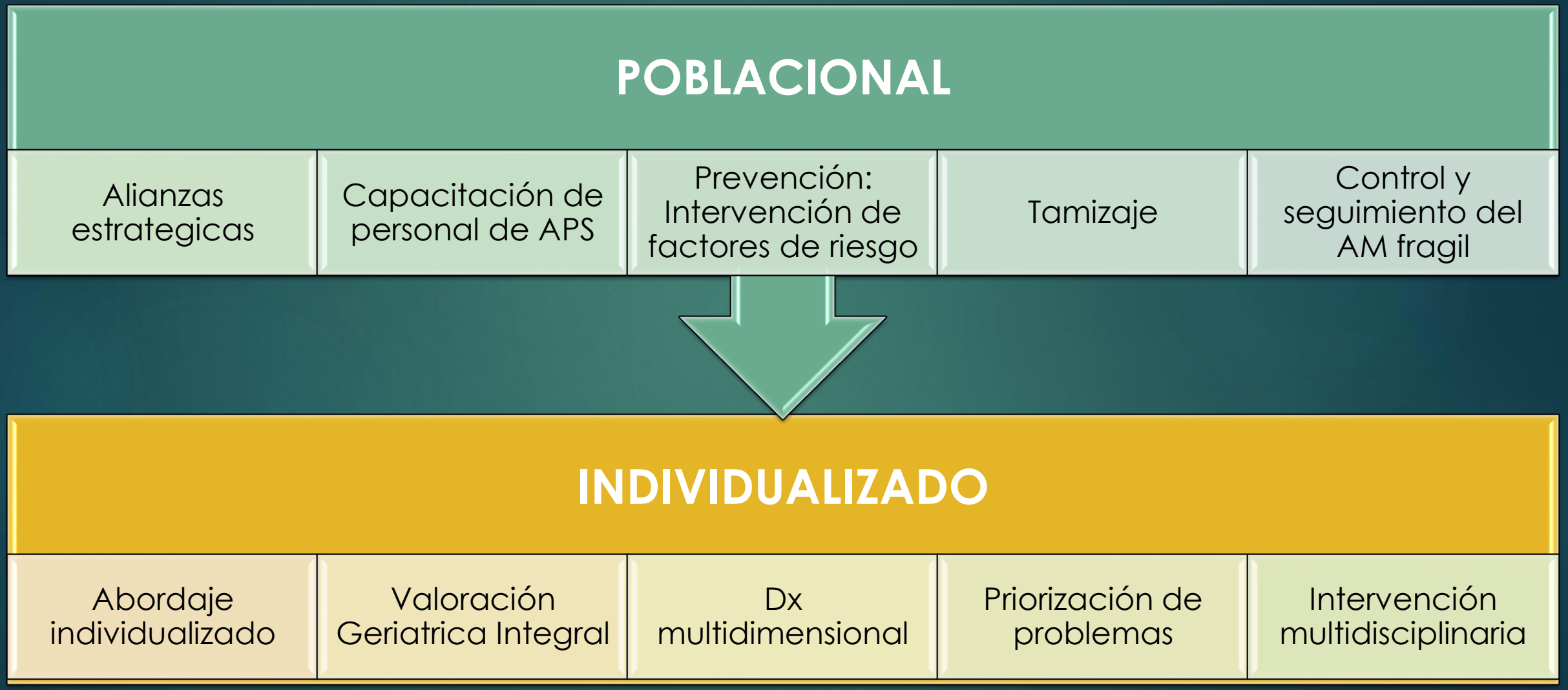
- Modelo de **Valoración Geriatrica Integral**, realizada por equipo multidisciplinario, como herramienta de dimensión del problema y generador de pautas intervención siendo sus resulados: menor utilización de servicios de salud, menos sintomas depressivos y menor declinación funcional.

- **Sistemas de cuidados totalmente inclusivos** para ancianos: modelos multidisciplinaria que se adapta a necesidades de PAM ambulatorio, domiciliario y de residencias, sin estudios de efectividad en fragilidad.

- **Acute Care for Elders model**: incluye una intervención centrada en el paciente, cuidados médicos dirigidos a prevenir discapacidad e intervención integral y alta planificada, ha demostrado mantener ABVD, menor institucionalización, menor reingreso hospitalario sin incremento de días y costo hospitalario.

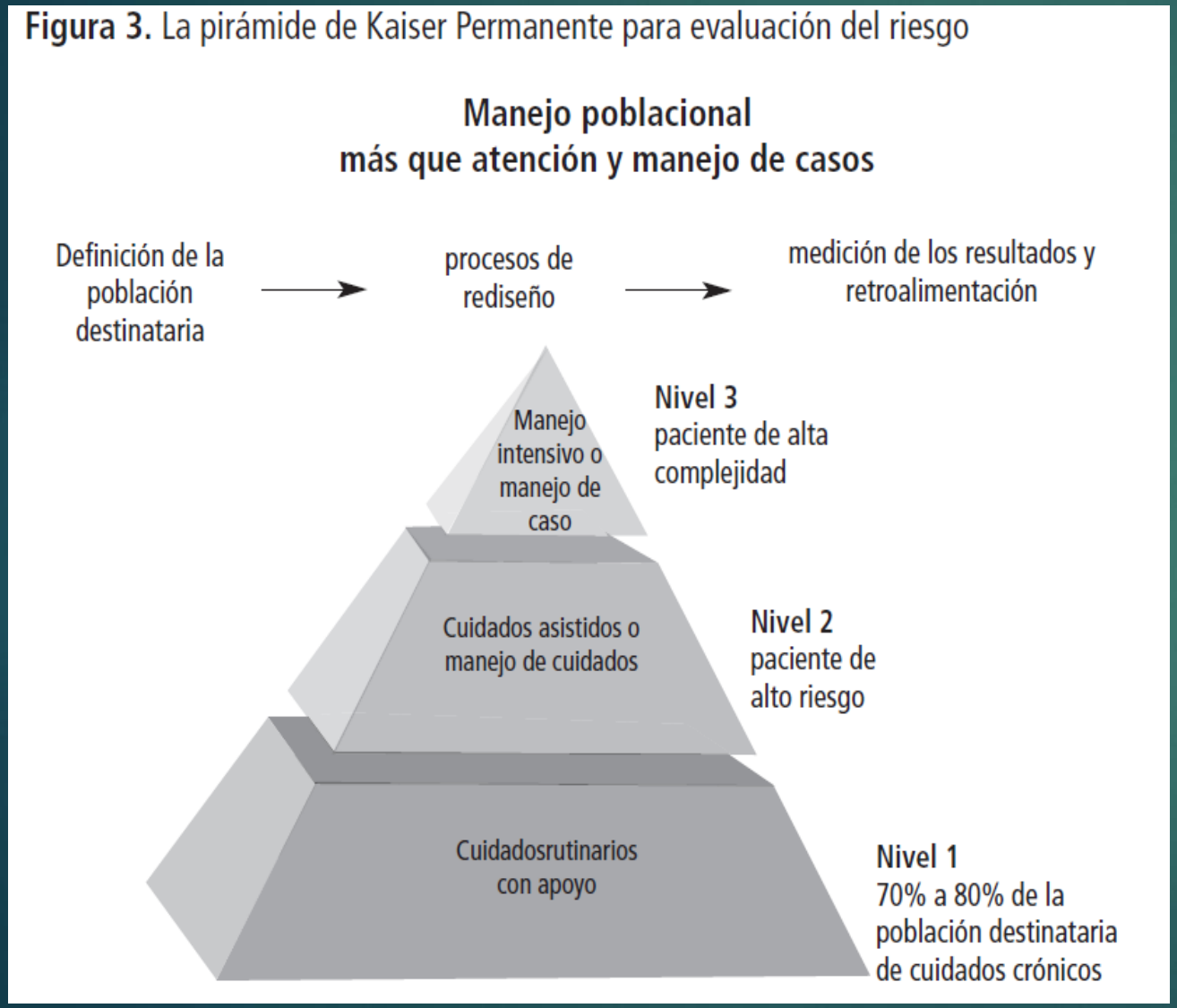


CLEVELAND CLINIC JOURNAL OF MEDICINE VOLUME 72 • NUMBER 12


POBLACIONAL
Alianzas estrategicas
Capacitación de personal de APS
Prevención: Intervención de factores de riesgo
Tamizaje
Control y seguimiento del AM fragil
INDIVIDUALIZADO
Abordaje individualizado
Valoración Geriatrica Integral
Dx multidimensional
Priorización de problemas
Intervención multidisciplinaria

Manejo poblacional de la fragilidad

Figura 3. La pirámide de Kaiser Permanente para evaluación del riesgo



Paciente Adulta mayor Frágil y pre-frágil:

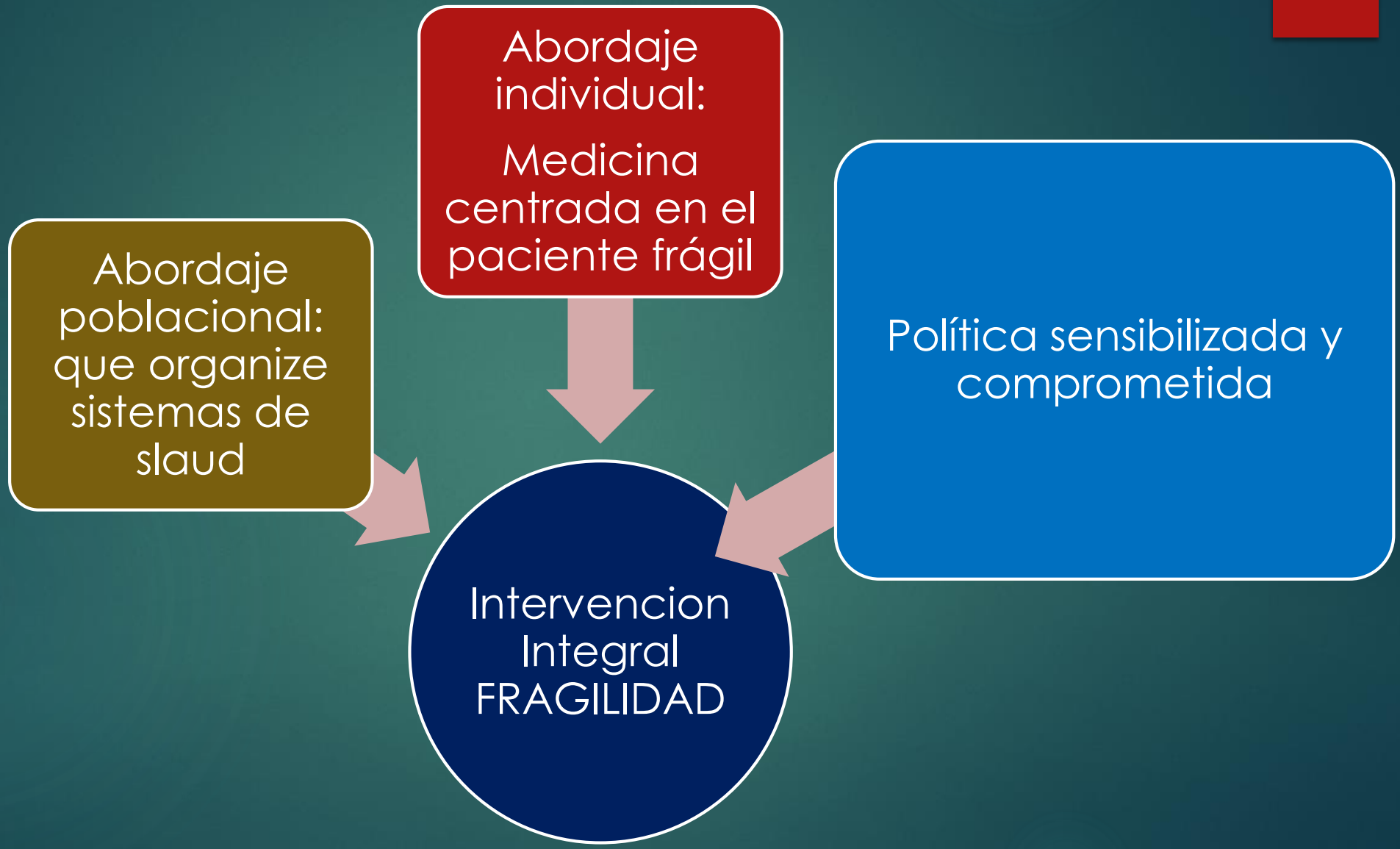
Valoración geriátrica integral y manejo multidisciplinario de fragilidad.

Población con factores de riesgo:

Escalas de valoración diagnóstica e intervención sobre condicionantes de fragilidad

Población Adulta Mayor en general:

Identificación y prevención de factores de riesgo


Abordaje individual:
Medicina centrada en el paciente frágil
Abordaje poblacional: que organize sistemas de slaud
Política sensibilizada y comprometida
Intervencion Integral FRAGILIDAD

CONCLUSIONES

- La fragilidad necesita de un abordaje poblacional e individual coordinado y sustentado con las políticas de salud y recursos regionales/local disponibles.

- Necesitamos identificar la forma más eficiente de definir fragilidad para su detección, diagnóstico y pronóstico con el fin de ofrecer intervenciones claras.

- El tamizaje de fragilidad, la prevención en los factores de riesgo, la intervención multidimensional. deberían ser competencias de todo profesional que atienda a población adulta mayor.

CONCLUSIONES

- Todo paciente adulto mayor frágil necesita de VGI e intervención multidisciplnaria específica, con monitorización cercana de los casos destinadas a revertir la condición de fragilidad.

- La mayoría de los ensayos clínicos son demasiados pequeños como para producir pruebas suficientes que fundamenten cambiar las políticas.

- Una intervención multidimensional, con abordaje individualizado centrado en la condición y preferencias del paciente y su familia es la estrategia que mejor resultados tendrá en fragilidad y debería ser el objetivo de la política de salud del adilto mayor.


TOSHIBA