La Continuidad de Cuidados y la Fragilidad

XIV CURSO ALMA.

MIAMI, EEUU.

SEPTIEMBRE 10 al 13. 2015.

GRUPO 2
Graciana Alessandrini - Diego Andrés Chavarro Carvajal
Mara Sofía López Wortzman - David Leal Mora
Miguel Fernando Luna Aguilera - Oliveira e Silva Silvana
Flor de Maria Echevarría - Danilo Gabriel Meza Mora
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

Introducción

- Los Adultos Mayores (AM) tienen necesidades específicas debido a sus características→ **clínico-funcionales y socio-familiares**.
- Los modelos de atención de este segmento de la población deben ser →

  * **centrada en el individuo,**

  * **organizada** de una manera **integrada**

  * cuidado debe ser **coordinado**

Can Geriatr J. 2014 Dec 2;17(4):133-5

Can Geriatr J. 2014 Dec 2;17(4):136-9

Equipo de Salud Proactivo

Cuadro 6: Carácter reactivo del sistema actual

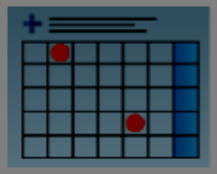
El sistema sanitario sigue siendo mayoritariamente reactivo



No tenemos estratificada la población...



No tenemos enfermeros/as del caso...



No tenemos recordatorios a clínicos rutinarios...



Tenemos la atención fragmentada...



No tenemos un paciente activado...



No están telemonitorizados los pacientes telemonitorizables

* **Multiplicidad de citas**, **pruebas** y otros procedimientos que, además de **aumentar los costos**, **no** garantiza una relación costo-efectiva.

* Los sistemas de salud están **sobrecargados**

How unique is continuity of care? A review of continuity and related concepts

Annemarie A Uijen[a,*], Henk J Schers[a], François G Schellevis[b,c] and Wil J H M van den Bosch[a]

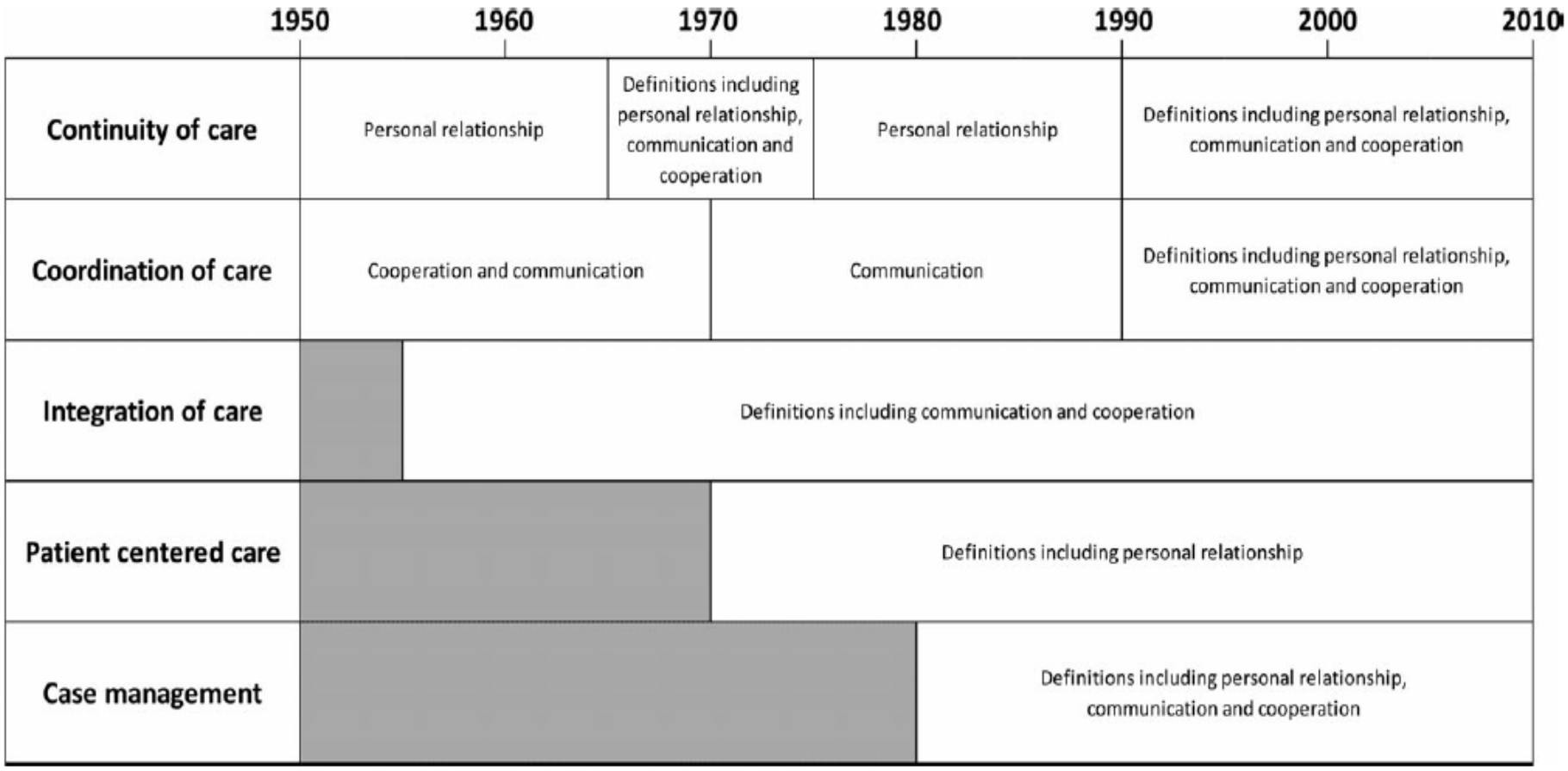


FIGURE 1 *Evolution of definitions of the different concepts*

Family Practice 2012; **29**:264–271

La Continuidad de Cuidados comprende 3 temas principales→

- 1) proveedor de cuidado en cada nivel de atención que conoce y sigue al paciente
- 2) comunicación efectiva entre los distintos niveles asistenciales
- 3) cooperación entre niveles asistenciales

COORDINACIÓN→ que "todo funcione" para lo que es FUNDAMENTAL→

COOPERACIÓN y COMUNICACIÓN

INTEGRACIÓN→ comparte responsabilidades y la organización del cuidado→ CONTINUIDAD

Family Practice 2012; **29**:264–271

Modelo de continuidad según niveles de atención

Alternativas a la atención en agudos

- Los modelos de atención para AM frágiles:
  - Han sido en gran medida basados en el ambiente hospitalario
  - Varios se han centrado en la evaluación geriátrica para adecuar los servicios en la comunidad y lograr una mejor planificación del alta

Can Geriatr J. 2014 Dec 2;17(4):136-9

Can Geriatr J. 2014 Dec 2;17(4):133-5

Modelo de continuidad según niveles de atención

Alternativas a la atención en agudos

- Mantenerlos fuera del hospital en el primer lugar
  - Papel fundamental de los geriatras (VGI)
- Lograr una atención menos peligrosa en el hospital
  - Enfocarse en disminuir los daños iatrogénicos y ambientales
  - Cuidados intermedios
- Atención a la **interfaz** entre cuidados agudos y crónicos
  - Énfasis en que el apoyo en casa sea tan flexible como para satisfacer las necesidades de los usuarios

Can Geriatr J. 2014 Dec 2;17(4):136-9

Can Geriatr J. 2014 Dec 2;17(4):133-5

Modelo de continuidad según niveles de atención

Atención intermedia

- Ofrecer un entorno en que la rehabilitación y la recuperación sea el enfoque principal para mejorar la función
  - Realizar metas que centradas en el paciente
  - Evitar estudios y tratamientos innecesarios
  - Promover la movilización temprana, la nutrición adecuada, la colaboración interdisciplinaria y la participación temprana de pacientes y familias en el establecimiento de metas

Can Geriatr J. 2014 Dec 2;17(4):136-9

Can Geriatr J. 2014 Dec 2;17(4):133-5

Modelo de continuidad según niveles de atención

Atención en comunidad

- Pacientes son egresados en cuanto están estables
- Rápido seguimiento de las necesidades de atención
- Apoyo por el equipo de atención comunitaria
- Decidir activamente la admisión de pacientes que requieren terapias médicas específicas
- Centrar la atención en la comunidad, en lugar de someter a los daños de la atención aguda

Can Geriatr J. 2014 Dec 2;17(4):133-5

¿Por qué ocuparse de la continuidad del cuidado?

JAMA Intern Med. 2013 November 11; 173(20): . doi:10.1001/jamainternmed.2013.10059.

Continuity of Care and the Risk of Preventable Hospitalization in Older Adults

David J. Nyweide, PhD, Denise L. Anthony, PhD, Julie P. W. Bynum, MD, MPH, Robert L. Strawderman, ScD, William B. Weeks, MD, MBA, Lawrence. P. Casalino, MD, PhD, and Elliott S. Fisher, MD, MPH

Preventable Hospitalizations by Type[a]

Type	No. (%)
Congestive heart failure	103 752 (25.0)
Bacterial pneumonia	94 025 (22.7)
Urinary infection	61 531 (14.9)
Chronic obstructive pulmonary disease	51 577 (12.5)
Dehydration	44 657 (10.8)
Diabetes mellitus[b]	22 762 (5.5)
Asthma	15 081 (3.6)
Hypertension	12 337 (3.0)
Angina	4737 (1.1)
Perforated appendix	2633 (0.6)
Diabetes mellitus–related amputation	1106 (0.3)
Total	**414 198 (100)**

[a] Total number of initial preventable hospitalizations by type between 2008 and 2010 for Medicare patients older than 65 years with at least 4 ambulatory visits.

[b] Includes short- and long-term complications of diabetes mellitus as well as uncontrolled diabetes mellitus.

Original Investigation

Continuity and the Costs of Care for Chronic Disease

JAMA Internal Medicine Published online March 17, 2014

Peter S. Hussey, PhD; Eric C. Schneider, MD; Robert S. Rudin, PhD; D. Steven Fox, MD; Julie Lai, MPH; Craig Evan Pollack, MD

OBJECTIVE To measure the association between care continuity, costs, and rates of hospitalizations, emergency department visits, and complications for Medicare beneficiaries with chronic disease.

DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS Retrospective cohort study of insurance claims data for a 5% sample of Medicare beneficiaries experiencing a 12-month episode of care for congestive heart failure (CHF, n = 53 488), chronic obstructive pulmonary disease (COPD, n = 76 520), or type 2 diabetes mellitus (DM, n = 166 654) in 2008 and 2009.

Table 2. Incidence and Cost of Complications for Medicare Beneficiaries During 12-Month Episodes of Care, by Condition, in 2008 and 2009

	CHF		COPD		DM	
Characteristic	% With Complication	Per-Patient Cost, $, Mean (SD)[a]	% With Complication	Per-Patient Cost, $, Mean (SD)[a]	% With Complication	Per-Patient Cost, $, Mean (SD)[a]
Inpatient hospitalization	10.5	2744 (19 050)	6.8	2475 (6462)	3.5	2895 (11 613)
ED visit	44.6	793 (1061)	35.9	763 (998)	26.6	717 (957)
Complications related to index condition[b]	17.5	339 (571)	40.8	658 (1312)	8.7	447 (1413)
Complications related to comorbidity	67.3	1134 (2107)	54.6	959 (1590)	50.4	715 (1296)
Complications related to patient safety	24.7	772 (11 013)	19.0	514 (1343)	14.9	699 (4513)

Abbreviations: CHF, congestive heart failure; COPD, chronic obstructive pulmonary disease; DM, type 2 diabetes mellitus; ED, emergency department.

[a] Mean costs are calculated for patients who experienced at least 1 of each type of event or complication.

[b] Limited to specific complications that were highly rated by an expert panel, had 1% or higher prevalence for the episode, and were not included in inpatient or ED visits.

Original Investigation

The Association Between Continuity of Care and the Overuse of Medical Procedures

Max J. Romano, MPH; Jodi B. Segal, MD, MPH; Craig Evan Pollack, MD, MHS

JAMA Internal Medicine Published online May 18, 2015

OBJECTIVE To investigate the association between care continuity and use of potentially unnecessary procedures.

DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS Observational retrospective cohort (n = 1 208 250 patients > 65 years) using 5% Medicare fee-for-service claims from 2008.

MAIN OUTCOMES AND MEASURES We evaluated continuity using the Bice-Boxerman continuity of care index. We measured overuse using a previously validated set of 19 potentially overused procedures.

Original Investigation

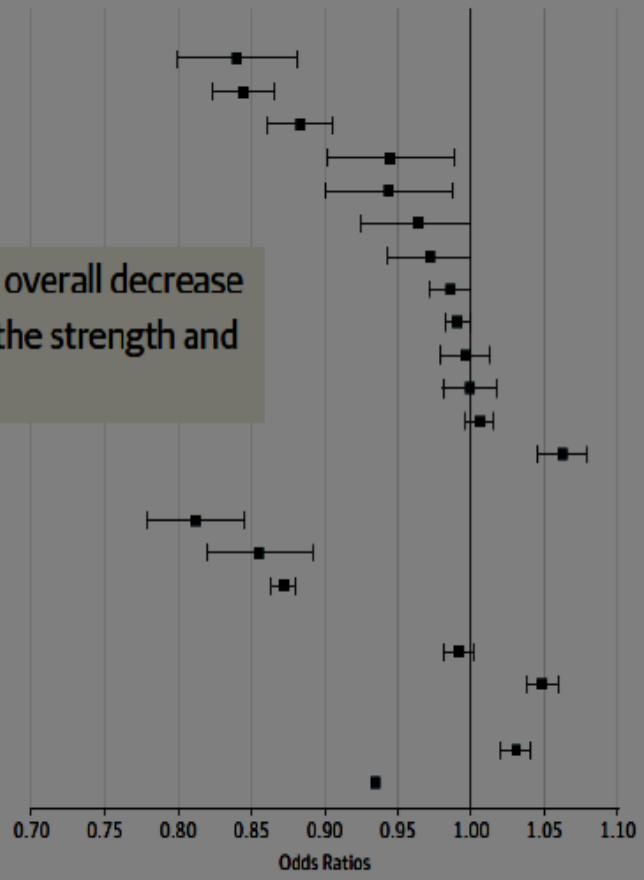
The Association Between Continuity of Care and the Overuse of Medical Procedures

Max J. Romano, MPH; Jodi B. Segal, MD, MPH; Craig Evan Pollack, MD, MHS

CONCLUSIONS AND RELEVANCE Increased continuity was associated with an overall decrease in overuse, suggesting a potential benefit of high-continuity care; however, the strength and direction of the association varied according to the specific procedure.

Figure. Odds Ratios for Overuse Associated With a 0.1-U Change in Continuity of Care (COC) Index

Overused Procedures	OR (95% CI)
Diagnostic tests	
Laryngoscopy for sinusitis[a]	0.84 (0.80-0.88)
Nasal endoscopy for sinusitis[a]	0.84 (0.82-0.87)
Electroencephalogram for syncope[a]	0.88 (0.86-0.91)
MRI in mild traumatic brain injury[a]	0.94 (0.90-0.99)
Stress echocardiogram for acute chest pain[a]	0.94 (0.90-0.99)
Sinus CT or antibiotics for rhinosinusitis	0.96 (0.92-1.00)
Preoperative chest radiograph	1.01 (1.00-1.01)
Thorax CT with and without contrast[a]	1.06 (1.05-1.08)
Therapeutic procedures	
Laminectomy and/or spinal fusion[a]	0.81 (0.78-0.85)
Hysterectomy for benign disease[a]	0.85 (0.82-0.89)
Traction for low back pain[a]	0.87 (0.86-0.88)
Screening tests	
Carotid artery stenosis screening	0.99 (0.98-1.00)
Serological tests for *Helicobacter pylori*[a]	1.05 (1.04-1.06)
Monitoring test	
Routine monitoring of digoxin[a]	1.03 (1.02-1.04)
Any overused procedure[a]	0.93 (0.93-0.94)



Forest plot of adjusted association between 0.1-U change in COC index and the extent of overused procedures with Holm-Bonferroni-corrected 95% CIs for an overall α = .05. Points to the left of 1.00 represent decreased overuse with increased continuity, whereas points to the right of 1.00 represent increased overuse with increased continuity. CT indicates computed tomography; MRI, magnetic resonance imaging; OR, odds ratio.

[a] Statistically significant.

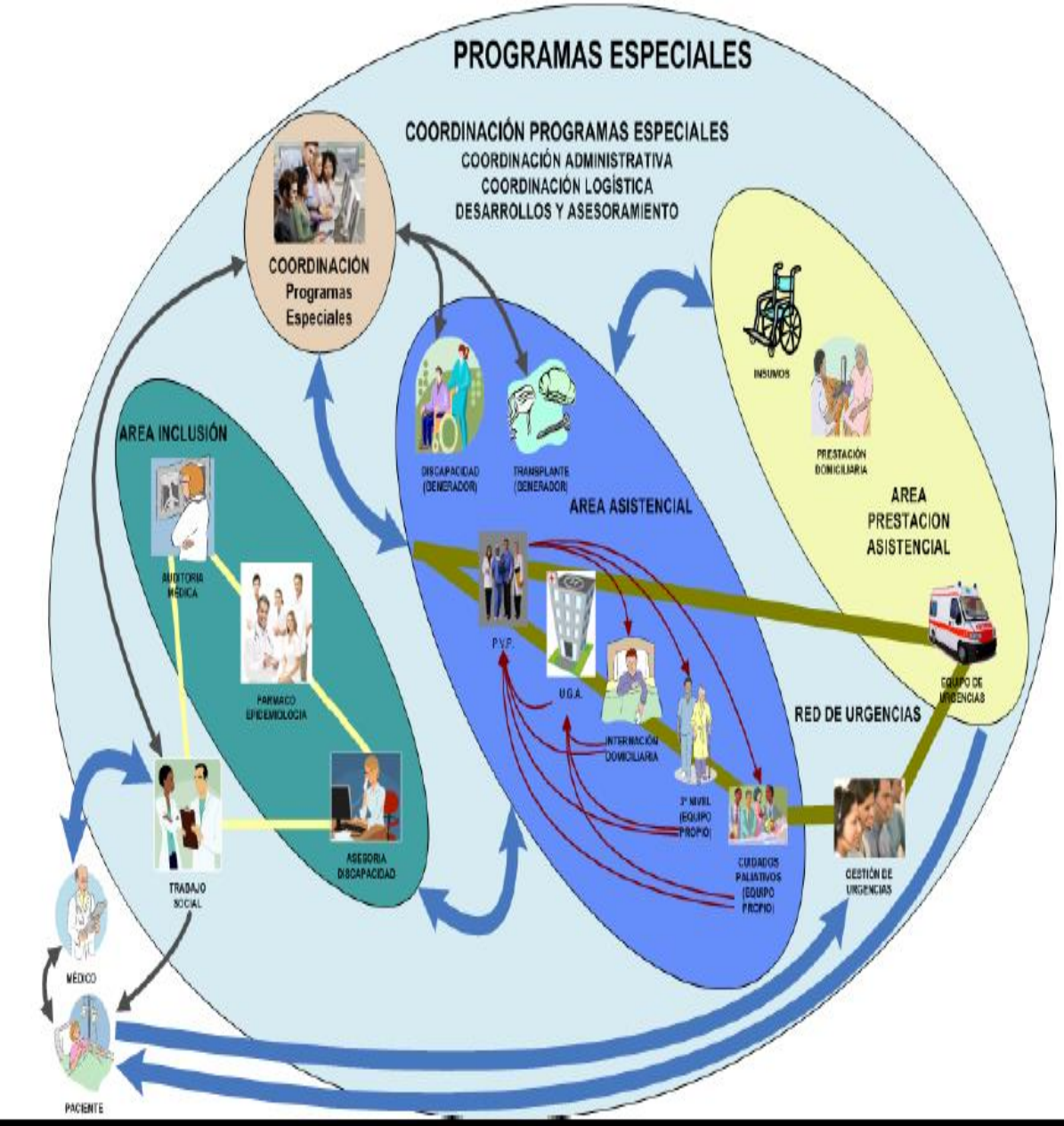
Resultados de un Programa de Seguimiento Domiciliario en Ancianos Dependientes

Manzotti ME, Engel CA, Alessandrini G, Perret MC,
López Wortzman MS, Engel C, Catalano HN
Hospital Alemán De Buenos Aires
Servicio de Clínica Médica

Objetivo: Describir la utilización de servicios de salud y costos de los ingresos de ancianos al PVP del año 2008
Población: Adultos mayores vulnerables pertenecientes al PMHA
Intervención: Seguimiento multidisciplinario en domicilio y coordinación de cuidados por un equipo interdisciplinario (médico geriatra o clínico con formación en geriatría, enfermero, terapia ocupacional, equipo administrativo de gestión de intervenciones

<u>Métodos</u>: Estudio antes-después.
Se incluyeron los pacientes ingresados al PVP en el año 2008. Se analizaron los resultados 12 meses antes y 12 meses después del ingreso al PVP.
Variables analizadas: edad, sexo, patología que motivó el ingreso al PVP, número de internaciones, tiempo de internación, gasto total de internación, utilización del servicio de emergencias a domicilio (ED) y hospitalarias (EH).

COORDINACIÓN PROGRAMAS ESPECIALES
CIRCUITO FUNCIONES/RELACIONES INGRESOS DERIVACIÓN MÉDICA/SOCIAL

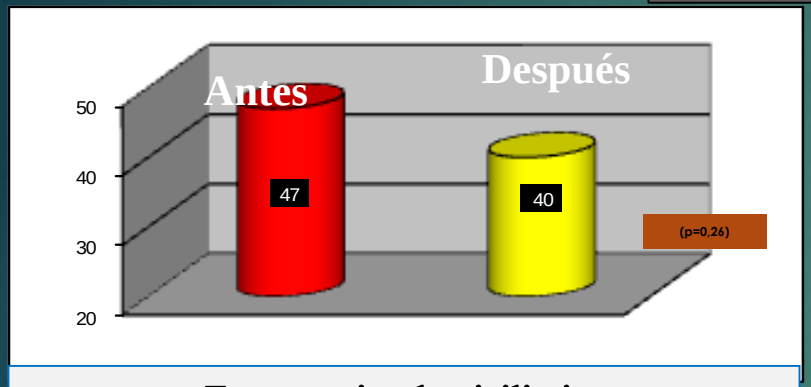


Edad media: 82 años,
Sexo: 68.4% femenino
31.6% masculino

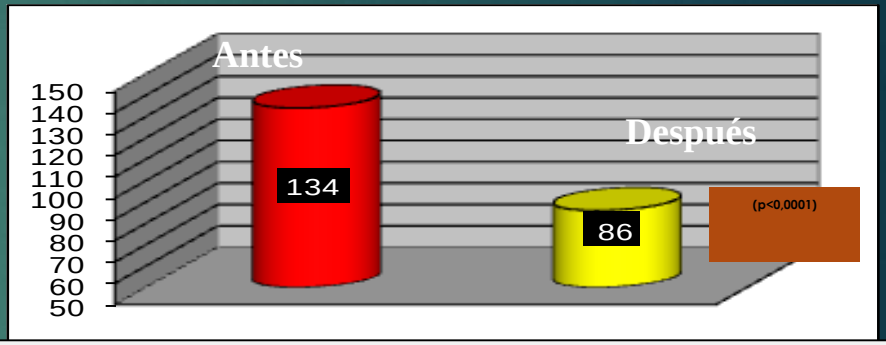
Mortalidad últimos
12 meses:
53.5% domiciliaria (43
pacientes)

Hospital Alemán
Deutsches Hospital

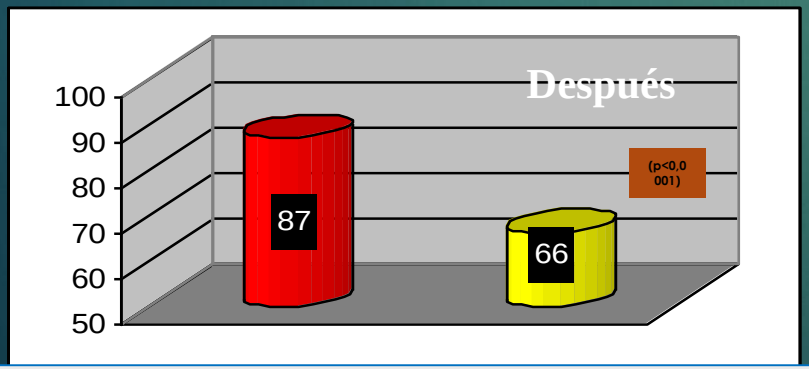
RESULTADOS



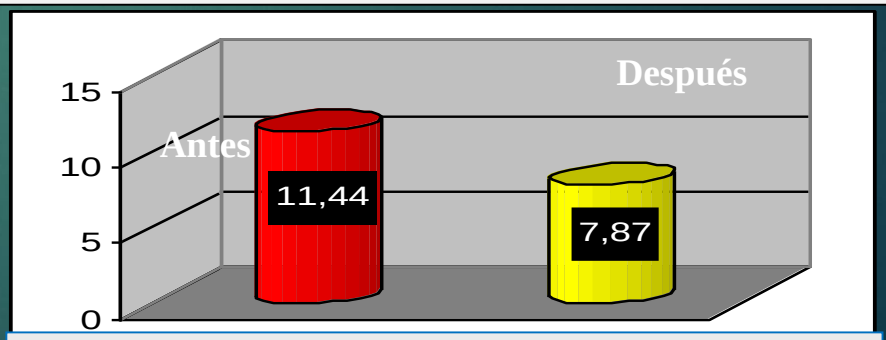
Emergencias domiciliarias
Reducción de emergencias domiciliarias (15%)



Consultas a Servicio de Emergencias Hospitalarias
Reducción de consultas al Servicio de Emergencias del HA (36%)



Internaciones
Reducción de Internaciones en el HA (24%)



Estadía Hospitalaria (días/cama)
Reducción de la estadía hospitalaria (31%)

Costo promedio de las internaciones antes del ingreso a PVP fue de $ 18.874.
La estimación del ahorro económico (en $) del costo de las internaciones de los pacientes (79) que se incluyeron en el PVP en el año 2008 fue $396.354.

En nuestra población el Programa de Vigilancia Preventiva permitió en el año 2008 reducir el uso de los recursos y los costos hospitalarios.

-Huss, Anke, Stuck, Andreas E., Rubenstein, Laurence Z., Egger, Matthias, Clough-Gorr, Kerri M. Multidimensional Geriatric Assessment: Back to the Future Multidimensional Preventive Home Visit Programs for Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2008 63: 298-307
-Hugh Gravelle, Mark Dusheiko, Rod Sheaff, Penny Sargent, Ruth Boaden, Susan Pickard, Stuart Parker, and Martin Roland. Impact of case management (Evercare) on frail elderly patients: controlled before and after analysis of quantitative outcome data. BMJ 2007 334: 31.

ORIGINAL ARTICLE

Comprehensive discharge follow-up in patients' homes by GPs and district nurses of elderly patients

A randomized controlled trial

Objetivo: evaluar el impacto de la continuidad de cuidados sobre la reducción de reinternaciones en AMF
Diseño: ERC
Población: 166 (RI) 165 (RC) AM con 48 hs de internación en Unidad de agudos en Dinamarca.
Outcomes: reinternación, adherencia al plan de seguimiento, y secundariamente satisfacción y calidad de vida.

Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2010; 28: 146–153

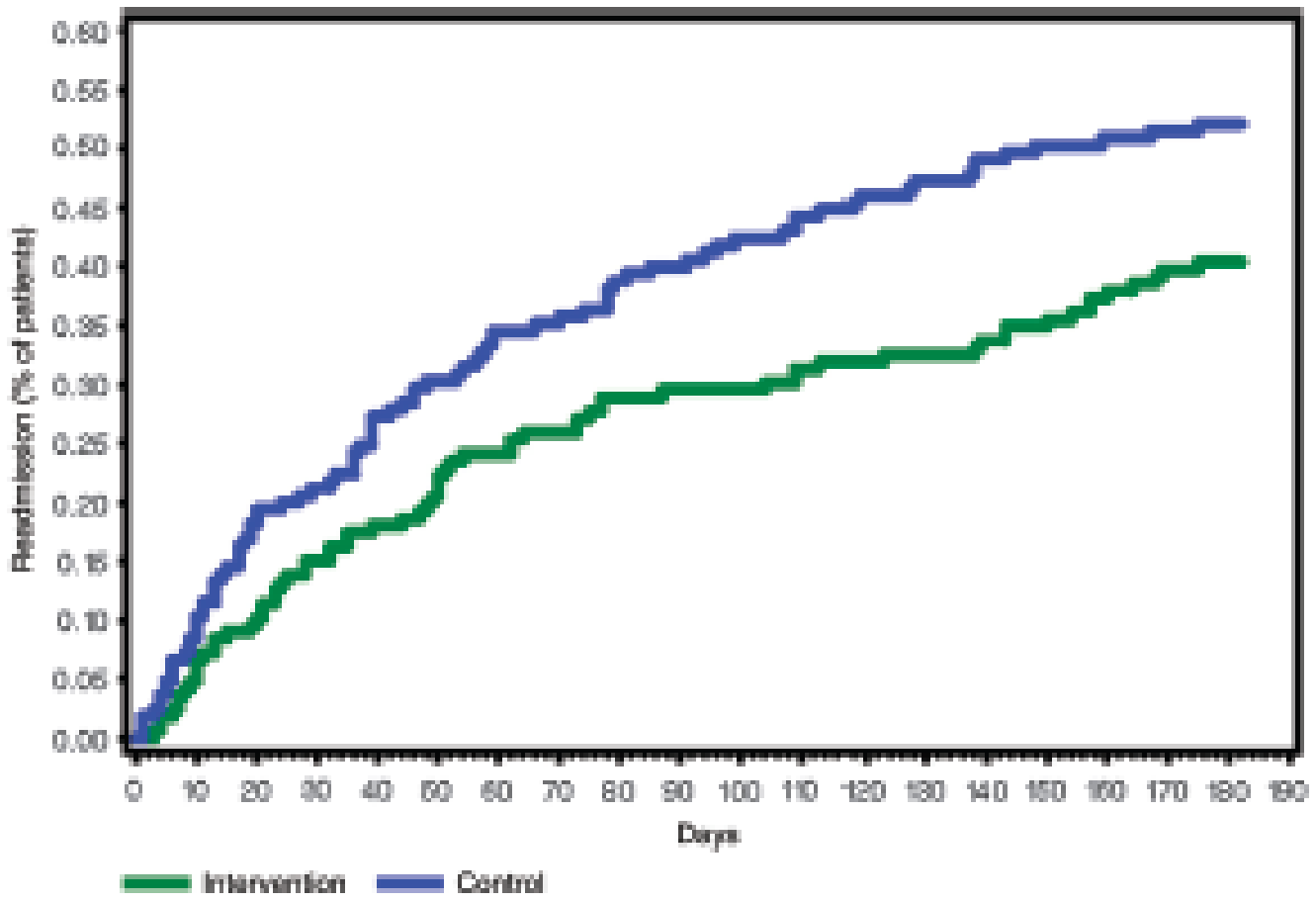


Figure 3. Time to first readmission to hospital for any reason (Kaplan–Meyer).

Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2010; 28: 146–153

CONCLUSIONES

- Este enfoque ha demostrado ser eficaz, reduciendo la necesidad de atención hospitalaria, que se tradujo en un ahorro para el sistema.

- El análisis refuerza la necesidad de un cambio en el enfoque de la atención de salud para los adultos mayores.

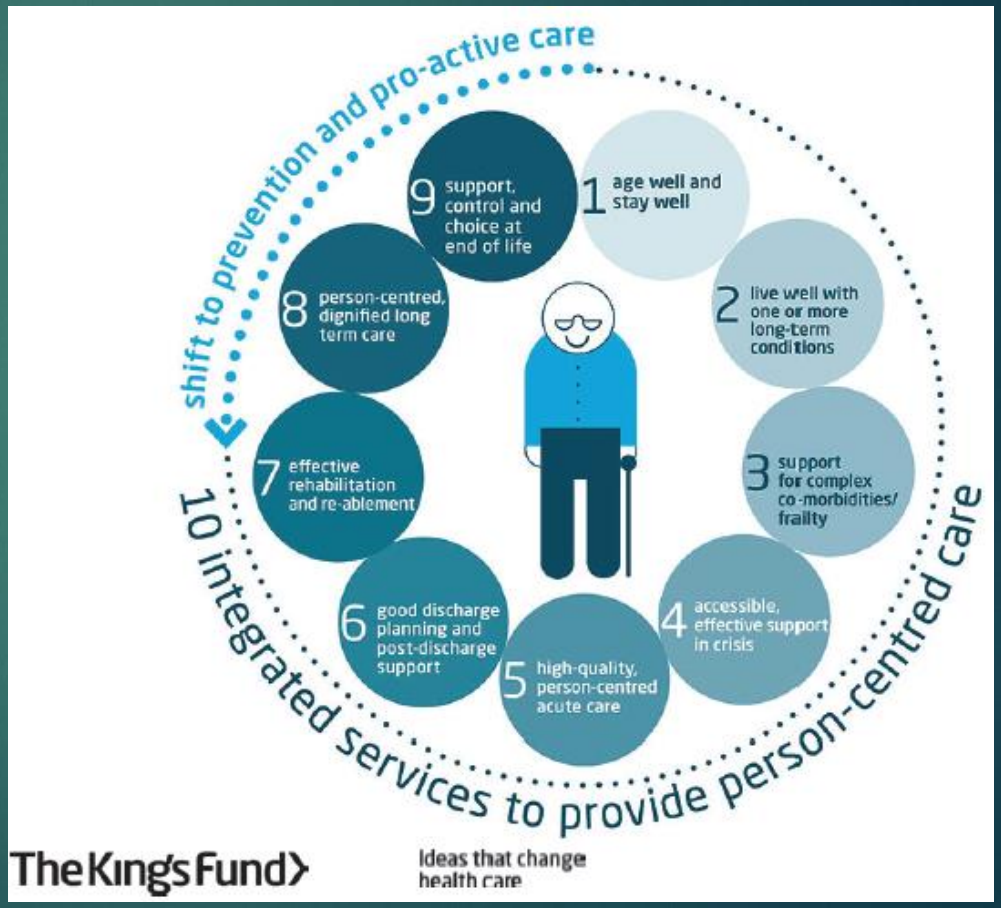
- La integración, coordinación y continuidad de los servicios es una forma eficiente de iniciar este cambio.

Gracias…



The King´s Fund
10 componentes de cuidado

- Atención y soporte en todas las etapas:
  - Desde el envejecimiento activo y saludable hasta el apoyo al final de la vida
- La mayoría de los geriatras trabajan en los componentes 4 a 7
- El décimo componente es la necesidad de cambiar hacia la prevención



Can Geriatr J. 2014 Dec 2;17(4):136-9