

ENVEJECIMIENTO, FRAGILIDAD Y ATENCIÓN INTEGRADA

AUTORES

Joan Espauella Panicot^{1,2,3}, Matilde Barneto Soto^{2,4}

1- Doctor.Consultor Senior.Médico Geriátradel Servicio de Geriátría y Cuidados Paliativos Territorial Osona-Ripollès (Cataluña). Vic, Barcelona, España.

2- Grupo de investigación en Cronicidad de la Cataluña Central. C3RG

3- Profesor asociado en geriatría de la Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya. Vic, Barcelona, España

4- Jefe del Servicio de Geriátría y Cuidados Paliativos Territorial Osona- Ripollès (Cataluña). Vic, Barcelona, España.

Correspondencia a: jespauella@hsc.chv.cat



El envejecimiento progresivo de las poblaciones, plantea retos importantes para los planificadores, los clínicos y los académicos. El trabajo compartido, estos últimos 10 años ha llevado a la creación de nuevos modelos de atención. Estos modelos se basan en la atención integrada, que comparte una atención centrada en la persona y coordinada. La fragilidad y la capacidad intrínseca son conceptos modernos que están siendo motores para el cambio en los profesionales y en la manera de proveer los servicios. La prevención y el manejo de la fragilidad deben ser una prioridad para la mayoría de los sistemas de salud. Las unidades de heridas son un buen ejemplo de atención integrada.

Palabras Clave: Integración, fragilidad, capacidad intrínseca

ABSTRACT

The progressive ageing of populations poses significant challenges for planners, clinicians and academics. The shared work over the past 10 years has led to the creation of new models of care, these models are based on integrated care, which involves person-centred and coordinated care. Frailty and intrinsic capacity are modern concepts that are driving change in professionals and in the way services are provided. Prevention and management of frailty must be a priority for most health systems. Wound units are a good example of integrated care.

Keywords: Integration, fragility, intrinsic capacity



INTRODUCCIÓN

Este es un artículo de revisión no sistemática de los hallazgos más importantes, en la visión de los autores, que han contribuido al modelo de atención y provisión de servicios de las personas mayores con deterioro de la capacidad funcional o fragilidad en estos últimos 10 años.

Para facilitar la lectura del artículo comentaremos algunos conceptos que se van repitiendo durante la exposición.

- El envejecimiento saludable se entiende, no como la ausencia de enfermedad, sino como el proceso de fomento y mantenimiento de la capacidad funcional del individuo.
- La fragilidad es una condición clínica caracterizada por una mayor vulnerabilidad de las personas a los factores estresantes endógenos y exógenos.
- La capacidad intrínseca se refiere a las capacidades físicas y mentales de las que dispone una persona a lo largo de su vida.

La mayoría de los países del mundo presentan envejecimiento progresivo de sus poblaciones. La velocidad en que se está produciendo es variable, siendo más rápido el envejecimiento en las poblaciones más jóvenes. En el contexto europeo este envejecimiento se ha producido en los últimos 50 años, mientras que en otros entornos se producirá de forma mucho más rápida, lo que dificultará la adaptación de los sistemas de salud a esta nueva situación.

En el entorno europeo, el grupo poblacional que incrementará más en los próximos 20 años, son las personas muy mayores, es decir de 85 o más años. Estas poblaciones son altamente consumidoras de recursos sanitarios y sociales. Los sistemas de atención que den buena respuesta a las

poblaciones muy envejecidas van a dar una buena respuesta al sistema de salud de forma global.

INFORME MUNDIAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO

En el año 2015, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publica un informe sobre envejecimiento saludable y posteriormente en el 2016, la revista Lancet, hace un resumen de las principales inquietudes referidas en dicho documento. Sugiere la necesidad con urgencia de una acción pública integral con respecto al envejecimiento de la población. Para ello será necesario cambios fundamentales, no solo en lo que hacemos, sino en la forma misma en que concebimos el envejecimiento. El informe mundial sobre el envejecimiento y la salud presenta un marco de acción para promover el envejecimiento saludable en torno a un nuevo concepto de capacidad funcional. Será preciso alejar a los sistemas de salud del modelo curativo y acercarnos a la prestación de cuidados integrales, centrados en las personas mayores^{1,2}.

Las políticas sobre envejecimiento saludable proponen estratificar las poblaciones de mayores en función de su capacidad funcional. Comentaremos algunos aspectos generales de dichas políticas.

Los sistemas de salud deben alinearse a las características de los pacientes que atienden. Estos sistemas de salud que atienden a personas mayores con una visión multidimensional y de forma integrada son más eficaces. En un número importante de países la atención de las personas mayores está centrada en la curación de enfermedades y está muy fragmentada, lo que supone malos resultados de salud para los pacientes y un incremento de costes relacionados con la utilización de recursos de agudos y de urgencias.

En el marco del envejecimiento saludable los servicios de salud deben estar integrados y orientados a mantener la capacidad funcional de las personas mayores. Las estrategias para afrontar estos retos pasan por la valoración global de las personas, la detección de déficits en la capacidad intrínseca o el grado de fragilidad y la elaboración de planes de atención compartidos entre los diferentes proveedores. También son estrategias importantes la adecuación de la polifarmacia y la relación de los sistemas de salud con las organizaciones de provisión de servicios de larga duración. Todas estas estrategias precisan de un grupo profesional entrenado en la atención geriátrica y sistemas de información que permitan medir los resultados poblacionales y conocer sus costes, para que sean sostenibles para la mayoría de los sistemas de salud.

MODELO ICOPE

El modelo ICOPE (integrated care for older people) de la OMS, se centra en la atención integrada para las personas mayores. Este enfoque busca satisfacer las necesidades de salud de una población mundial que está envejeciendo rápidamente. Los puntos clave del modelo son los siguientes:

- Evaluación y atención centrada en la persona. El modelo ICOPE propone qué dimensiones evaluar y una estrategia de doble escala: primero cribado y después mayor profundidad.
- Respuesta a la transición demográfica. Para el 2050 se espera que la proporción de la población mundial de 60 años o más duplique la cifra del 2015, lo que plantea nuevos desafíos para los sistemas de salud y de asistencia social.

- Enfoque transformador. Se necesita un cambio en la forma en que se diseñan los sistemas de salud y los servicios para garantizar una atención de alta calidad, integrada, asequible, accesible y centrada en las necesidades y derechos de las personas mayores.
- Manejo de la disminución de la capacidad intrínseca. El manual ICOPE ofrece un marco sistemático para gestionar la disminución de la capacidad, proporcionar asistencia social y de apoyo y desarrollar la capacidad de autogestión.
- Apoyo a los cuidadores. Se incluyen múltiples intervenciones para apoyar a los cuidadores.

La implementación de la estrategia ICOPE es compleja y necesita de la participación de múltiples actores con procesos de formación de los profesionales y medidas de resultados que avalen los cambios introducidos en las prácticas cotidianas. Los sistemas de información y las nuevas tecnologías serán elementos que también facilitarán su implementación^{3,4,5}.

DÉCADA DEL ENVEJECIMIENTO

En coherencia con los enfoques anteriores, la década del envejecimiento saludable 2020-2030 es una iniciativa de la Organización Mundial de la Salud. Su objetivo es mejorar la vida de las personas mayores, de sus familias y de las comunidades donde viven. Esta iniciativa busca alinear esfuerzos de gobiernos, sociedad civil, organismos internacionales, profesionales, instituciones académicas, medios de comunicación y el sector privado para llevar a cabo acciones concertadas y colaborativas⁶.

La década se centrará en cuatro ámbitos de actuación:

- Cambiar nuestra forma de pensar, sentir y actuar con respecto a la edad y el envejecimiento.
- Asegurar que las comunidades fomenten las capacidades de las personas mayores.
- Ofrecer una atención integrada y centrada en las personas, y servicios de salud que respondan a las necesidades de las personas mayores.
- Proporcionar acceso a la atención a largo plazo para las personas mayores que lo necesiten.

SITUACIÓN ACTUAL

Las múltiples estrategias a nivel internacional no han sido suficientes; para que el incremento de la esperanza de vida sea con buena salud, disponemos de escasa evidencias que la longevidad está asociada a buena salud. Una vida más prolongada trae consigo muchas oportunidades para las personas mayores, en particular cuando gozan de buena salud, tienen redes sociales sólidas y viven en un entorno que valora sus contribuciones y los apoya para vivir la vida que eligen.

En estos últimos años han aparecido dos conceptos que han transformado la provisión de servicios para las personas mayores que son la capacidad intrínseca y la fragilidad.

Dos conceptos complementarios que analizan el mismo problema con visiones distintas, la capacidad intrínseca desde la visión de la prevención y la fragilidad desde la visión de la práctica clínica. Los dos conceptos inducen a la valoración global de la persona, el trabajo interdisciplinar y la provisión de servicios centrados en la persona y coordinados⁷.

En los entornos con tradición geriátrica, en donde la medición de la situación funcional de las

personas y la valoración geriátrica integral forman parte de su rutina, han adoptado el concepto de fragilidad de una forma muy rápida. El concepto de fragilidad supera la especialidad de la geriatría y se utiliza con facilidad en otros entornos como la atención primaria y las especialidades clínicas que atienden población envejecida. Al mismo tiempo facilita la relación entre los diferentes proveedores de un territorio tanto desde el ámbito sanitario como desde el ámbito social⁸.

La fragilidad es una situación a largo plazo, en la que varios sistemas corporales pierden sus reservas, lo que lleva a un mayor riesgo de pérdida funcional impredecible a causa de eventos menores. La edad y el sexo femenino son los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de fragilidad. Las consecuencias de la creciente fragilidad son resultados adversos, como la discapacidad y sus consecuencias, ingresos hospitalarios frecuentes y una creciente demanda de apoyo social a largo plazo.

Son múltiples los motivos por los que los planificadores de salud deben considerar la atención a la fragilidad como una prioridad.

1

FOTOGRAFÍA



Actualmente el 10% de las personas de más de 65 años presenta fragilidad y el 50% de las personas de 85 años o más. Las perspectivas de futuro son que incrementa la fragilidad de la población vinculada al envejecimiento de la misma. Las personas con fragilidad presentan muy a menudo deterioro cognitivo y su forma de presentación clínica es compleja con múltiples síndromes geriátricos.

La fragilidad limita la vida: incluso después de ajustar por condiciones a largo plazo, factores socio- demográficos y de estilo de vida la presencia de fragilidad está asociada a una mayor mortalidad.

La fragilidad nos afecta a todos: si no cambiamos la forma en que apoyamos a las personas mayores para que envejezcan bien, podemos anticipar un aumento dramático en la discapacidad y dependencia relacionadas con la fragilidad, un impacto negativo en la calidad de vida, la morbilidad y la mortalidad, una mayor escalada de los costes económicos del sistema de salud y atención social y un aumento de los costes humanos y económicos de los cuidadores. La fragilidad no suele gestionarse bien: con demasiada frecuencia no se reconocen los primeros signos, lo que da lugar a oportunidades perdidas de intervención temprana, lo que contribuye a que un mayor número de personas mayores acudan a la consulta en situación de crisis.

Las afirmaciones anteriores crean un entorno de urgencia para cambiar la forma en que brindamos atención y apoyo a las personas mayores, y conseguir que nuestros sistemas de salud den una respuesta prioritaria a la atención a las personas en situación de fragilidad.

Una revisión sistemática sobre la atención integrada a la fragilidad por parte de la European Joint Action Advantage, que incluye 22 países

europeos y liderado por el Reino Unido, concluyó que la atención integrada a la fragilidad requiere atención crónica efectiva, atención médica aguda oportuna, además de rehabilitación para optimizar la capacidad funcional, particularmente en momentos de deterioro de la salud, o en las transiciones entre hospital y comunidad o residencias de mayores⁹.

Este modelo propone diferentes apartados:

- Metodología para identificar personas con o en riesgo de fragilidad.
- Valoración geriátrica integral y planificación personalizada de atención y apoyo en todos los entornos asistenciales.
- Intervenciones individualizadas, el ejercicio (particularmente entrenamiento de fuerza y equilibrio), nutrición adecuada y revisiones estructuradas de medicamentos para optimizar la polifarmacia.
- Rehabilitación y cuidados intermedios para promover la independencia y la recuperación en tiempos de transición desde el hospital y después de una enfermedad.
- Planificación anticipada de la atención que considere la intensidad del tratamiento y planes que contemplen preferencias para los cuidados al final de la vida.
- Provisión de equipos, adaptaciones y ayudas tecnológicas.

Estos elementos se refuerzan mutuamente, y su implementación como un conjunto de intervenciones es más eficaz que la implementación individual.

Existe un gran consenso entre las organizaciones que los modelos de atención integrada son la mejor propuesta para la provisión de servicios de las personas con pérdida funcional.

Por ejemplo, Chile dispone de un modelo de atención integrada para personas mayores inspirado en la implementación del modelo ICOPE de la Organización Mundial de la Salud¹⁰. La mayoría de los países han elaborado modelos de atención a la cronicidad y algunos modelos más centrados a la atención de la fragilidad, como en el caso de Cataluña. En cualquier caso, los modelos conceptualmente están muy elaborados y la dificultad está en su implementación y en conseguir el cambio de resultados que se proponen¹¹. La mayoría de las estrategias de atención integrada precisan de una orientación poblacional, donde la estratificación de la población en diferentes grupos, con intervenciones definidas, facilita la implementación.

La disposición de equipos multidisciplinares que sean capaces de identificar y manejar la fragilidad de forma colaborativa son fundamentales para la atención de las personas mayores con fragilidad. El conocimiento de ésta y de su manejo sigue siendo inadecuado entre los médicos asistenciales. Los programas de capacitación de profesionales asignan poco tiempo en esta formación y es excepcional la formación multidisciplinar en este tema. La implementación de

algunos modelos asistenciales como la iniciativa Age-Friendly Health Systems que propone el IHI (Institute for Healthcare Improvement), para la atención de las personas mayores basados en las 4M (Mentalidad, Movilidad, Medicamentos y lo más importante para el paciente) serán motores importantes para que las instituciones académicas prioricen la fragilidad en los planes formativos¹².

LAS UNIDADES CLÍNICAS DE HERIDAS COMO EJEMPLO DE LA ATENCIÓN INTEGRADA

Las unidades clínicas de heridas son un ejemplo de atención integrada en un territorio, tienen un ámbito geográfico definido, disponen de unos criterios de derivación previamente definidos y se concibieron para mejorar los resultados de los pacientes con heridas de difícil cicatrización.

Las heridas crónicas están presentando un incremento de prevalencia relacionado con el envejecimiento y prevalencia de determinadas enfermedades crónicas como la diabetes o la enfermedad arterial periférica. Las heridas más prevalentes son las venosas, las arteriales y las asociadas a pie diabético. Además, cada vez más se está incrementando la frecuencia de heridas etiquetadas como atípicas, que no pueden ser incluidas en ninguno de los anteriores. En general la mayoría de los médicos tiene escasa formación en la atención de heridas. Por las características de los pacientes (edad, multimorbilidad y fragilidad) los médicos geriatras junto a las enfermeras especializadas en úlceras pueden tener un rol relevante en la gestión de los pacientes con heridas.

En nuestro entorno de un hospital de atención intermedia, la unidad clínica de heridas está ubicada en el hospital de día y es una unidad am-

2

FOTOGRAFÍA



3

FOTOGRAFÍA



bulatoria, los pacientes pueden ser derivados de cualquier dispositivo del territorio, fundamentalmente de la atención primaria, con gran facilidad de acceso en función de las necesidades del paciente y en muchas ocasiones con contacto previo con el equipo derivador.

La unidad dispone de un equipo de base formado por enfermeras especializadas en la cura de heridas y un médico geriatra. Inicialmente se realiza una evaluación global del paciente con criterios de valoración geriátrica integral y se inicia el proceso de curas; según las características de los pacientes son atendidos por diferentes especialistas, en el caso de cirugía vascular con tiempo y espacio definido de forma semanal y con los otros especialistas en función del caso.

Durante el periodo que el paciente sigue tratamiento en la unidad, se realizan múltiples intervenciones, tanto educativas, como de establecer objetivos terapéuticos o la necesidad de terapias avanzadas.

La unidad, una vez que los pacientes han disminuido su complejidad o se ha producido la curación de la herida, son nuevamente remitidos a su equipo de referencia; la unidad publica los resultados de cicatrización de mejora del dolor y los comparte con el resto de los niveles asistenciales.

La unidad de heridas realiza una atención centrada en la persona por un equipo multidisciplinar que se construye por diferentes especialistas según el caso y se coordina con todos los niveles asistenciales del territorio y comparte los resultados obtenidos.

Además de la actividad asistencial, la unidad realiza una importante actividad de formación de los profesionales de otros recursos asistenciales y facilita la investigación en este ámbito.

CONCLUSIONES

Los nuevos conceptos de fragilidad y capacidad intrínseca serán buenos motores de cambio para que los sistemas de salud se adapten a las necesidades de las personas mayores, creando sistemas centrados en las personas, sus necesidades y bien coordinados. La integración clínica, la medición de resultados poblacionales con el soporte de las nuevas tecnologías, van a marcar el futuro inmediato de la atención de las personas mayores, en especial de las personas con pérdida de su capacidad funcional. El reto debe de ser compartido entre clínicos, planificadores y académicos.

Declaración de conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2015 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186466>, consultado el 20 de agosto del 2024).
2. Beard JR, Officer A, de Carvalho IA, Sadana R, Pot AM, Michel JP, Lloyd- Sherlock P, Epping-Jordan JE, Peeters GMEEG, Mahanani WR, Thiyagarajan JA, Chatterji S. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *Lancet*. 2016 May 21;387(10033):2145-2154. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00516-4. Epub 2015 Oct 29. PMID: 26520231; PMCID: PMC4848186.
3. Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. Geneva: World Health Organization; 2019 (WHO/FWC/ALC/19.1). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
4. Integrated care for older people (ICOPE) implementation framework: guidance for systems and services. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
5. Tan F, Wei X, Zhang J, Zhao Y, Tong X, Michel JP, Shao R, Gong E. The assessment and detection rate of intrinsic capacity deficits among older adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr*. 2024 Jun 3;24(1):485. doi: 10.1186/s12877-024-05088-w. PMID: 38831281; PMC11149255.
6. Decade of healthy ageing: baseline report. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
7. Belloni G, Cesari M. Frailty and Intrinsic Capacity: Two Distinct but Related Constructs. *Front Med (Lausanne)*. 2019 Jun 18;6:133. doi:10.3389/fmed.2019.00133. PMID: 31275941; PMCID: PMC6591451.
8. Joining the dots: A blueprint for preventing and managing frailty in older people. www.bgs.org.uk/Blueprint. Consultado el 20 de agosto del 2024.
9. Hendry, A, et al. Integrated Care: A Collaborative ADVANTAGE for Frailty. *International Journal of Integrated Care*, 2018; 18(2): 1, 1–4. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.4156>
10. Ministerio de Salud. “PLAN NACIONAL DE SALUD INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES Y SU PLAN DE ACCIÓN 2020-2030” Gobierno de Chile. Resolución Exenta No 499 del 31 de mayo del 2021.
11. Bases conceptuales y modelo de atención para las personas frágiles, con cronicidad compleja (PCC) avanzada (MACA). Dirección General de Planificación en Salud del Departamento de Salud. Barcelona juliol 2021
12. Mate KS, Berman A, Laderman M, Kabcenell A, Fulmer T. Creating Age- Friendly Health Systems - A vision for better care of older adults. *Healthc (Amst)*. 2018 Mar;6(1):4-6. doi: 10.1016/j.hjdsi.2017.05.005. Epub 2017 Aug 1. PMID: 28774720.

La revolución Natural en Limpieza y Cicatrización

vashe® wound solution



Favorece
Cicatrización



Facilita
Desbridamiento



No
Citotóxico



Rápida Acción
Antimicrobiana



Acción
Antibiofilm



Solución limpiadora de Ácido Hipocloroso puro pH 5.5 estabilizado en una concentración de 330 ppm, con efecto bactericida y antibiofilm. Tiene evidencia publicada de uso seguro en todo tipo de heridas y pacientes.



Medida	U/C	ID
118 ml	24	VA000312
250 ml	12	VA000313
1lt	6	VA000322

UrgoK2

Diagnostica, comprime y Cicatriza

K-PRESS VENDA DE LARGA TRACCIÓN

- Presión moderada en reposo
- Mantiene el sistema en su lugar
- Se ajusta a la forma de la pierna
- Venda cohesiva que aporta rigidez



K-TECH VENDA DE CORTA TRACCIÓN

- Alta presión de trabajo
- Ejerce efecto masaje
- Mejora el retorno venoso
- Gestiona el exudado

Indicadores de presión
en ambas vendas, para
asegurar la presión terapéutica
y la correcta aplicación

Sistema de Vendaje Compresivo Multicomponente de dos capas, Tracción Corta y Tracción Larga, con indicadores de presión en ambas vendas.



Medida	U/C	ID
18 - 25 cm	1	UR552916
25 - 32 cm	1	UR552917



Urgomedical_chile



info@cl.urgo.com

www.urgomedical.cl

URGO
MEDICAL
Healing people®