

PROPUESTA DE LA SOCIEDAD MURCIANA DE GERIATRIA

COORDINACION ENTRE GERIATRIA Y ATENCION PRIMARIA PARA LA ATENCION DEL PACIENTE ANCIANO CRÓNICO Y PLURIPATOLÓGICO

JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

El modelo sanitario actual está diseñado para atender a las enfermedades agudas y no está adaptado a las necesidades asistenciales del anciano con enfermedades crónicas, por lo que, además de mostrarse ineficaz para hacer frente a los múltiples problemas que plantea la atención a estos enfermos, puede favorecer el desarrollo de deterioro funcional y dependencia.

La necesidad de los ancianos de recibir una *Valoración Geriátrica Integral* (Anexo I) que aborde cuestiones médicas, afectivas, cognitivas, funcionales y sociales cuando entran en contacto con el sistema sanitario da sentido a la existencia de esta colaboración. Y esta necesidad viene determinada por:

- En el Sistema Nacional de Salud, el 80 % de las consultas de Atención Primaria y el 60% de los ingresos hospitalarios corresponde a pacientes con enfermedades crónicas. Y el 5% de la población consume el 40% de los recursos sanitarios.
- El aumento del número de ancianos, que presentan una elevada prevalencia de enfermedades, mayor demanda de asistencia sanitaria y mayor consumo de recursos sociosanitarios. Es habitual encontrar un anciano de 82 años que acude a 5 consultas de especialistas, que consume 12 fármacos al día y que su médico de familia no lo ha visto en los últimos 2 años. Entre especialistas existe el “hábito” de derivar al enfermo a otros especialistas ante cualquier problema no dominado por ellos.
- Presentación atípica, deterioro funcional con tendencia a la incapacidad, alta prevalencia de problemas mentales (demencia, depresión, alucinaciones, trastornos de conducta) y sociales (ausencia de cuidador, incapacidad para decidir etc.), que desbordan a la mayoría de especialistas médicos y que van a condicionar el tratamiento óptimo (falta de adherencia, falta de reconocimiento

de los efectos adversos), produciendo en muchos casos confusión y dificultad en la toma de decisiones, agresividad terapéutica inadecuada, y por supuesto, ensombreciendo el pronóstico.

Los geriatras, junto con los médicos de familia, somos los profesionales con mayor preparación durante nuestra formación y ejercicio profesional para atender al anciano crónico. Disponemos de *capacidad integradora* porque hemos sido específicamente formados en ello, como única forma de abordar correctamente y con eficacia todos los problemas que plantean estos enfermos y como instrumentos específicos también de nuestra especialidad, disponemos de:

- La Valoración Integral del anciano
- Trabajo en equipo interdisciplinar
- Utilización de escalas de valoración de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria
- Estratificación de riesgo de pacientes
- Coordinación y conocimiento de recursos sociosanitarios

El hecho de que un anciano pluripatológico acuda a múltiples consultas de especialistas (cardiólogo, endocrino, neumólogo, neurólogo, psiquiatra, reumatólogo...), supone más problemas que beneficios:

- ✓ cambio de fármacos innecesario
- ✓ duplicidad de prescripciones
- ✓ polifarmacia, al atenderse muchos especialistas a las guías clínicas sin tener en consideración aspectos fundamentales como la situación funcional, mental y muchas veces social del paciente,
- ✓ pruebas médicas innecesarias por su agresividad ante el pronóstico vital del anciano y porque de ellas no se va a derivar una actitud terapéutica
- ✓ aumento del riesgo de iatrogenia, con reacciones adversas a veces graves, que pueden ocasionar una hospitalización.

Estos problemas se minimizan cuando es *un único especialista (geriatra)* el que controla a un enfermo, en estrecha coordinación con su Equipo de Atención Primaria.

PLAN DE ACTUACIÓN.

1. Identificación de ancianos crónicos de riesgo:

1.1 - Paciente frágil: aquel con disminución de la velocidad de la marcha (menor a 1 metro por segundo) o Test de levántese y ande cronometrado (TUG) mayor de 10 segundos. (1)

1.2 - Anciano mayor de 80 años pluripatológico que acuda a tres o más consultas de especialistas médicos (Medicina Interna, Neurología, Endocrinología, Unidad de Nutrición, Reumatología, Neumología, Cardiología, Unidad de Demencias, Digestivo, Alergología, Nefrología, Psiquiatría). (2, 3, 4)

1.3 - Anciano con 2 o más enfermedades crónicas, que consuman 5 o más fármacos y que hayan estado hospitalizados o hayan acudido a URGENCIAS en los últimos 6 meses.

1.4 - Pacientes mayores de 75 años con índice PROFUND de riesgo intermedio / alto de mortalidad en 1 año (puntuación mayor a 7) (Anexo II) (5).

2. Identificación por parte de Atención Primaria de una persona encargada de contactar con la Unidad de Geriatria. Preferiblemente será una enfermera de enlace o enfermera gestora de casos (6). Otra posibilidad es el contacto por parte del médico o enfermera responsable del paciente con Geriatria.

3. Identificación por parte de Geriatria de la persona con la que contactará el equipo de Atención Primaria.

En el caso del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, al contar con dos geriatras, el contacto podrá realizarse por mail, vía telefónica con el Dr. Castellote para enfermos ambulatorios ó con el Dr. Avilés para enfermos ingresados en el hospital.

4. El paciente frágil (1.1) será controlado por el equipo de Atención Primaria, pudiendo contar con la colaboración puntual del equipo de Geriatria ya sea por teléfono, correo electrónico o bien a través de derivación a Consultas y a Hospital de Día. Sería conveniente la creación en Atención Primaria de un Programa de Atención al Anciano frágil (mayores de 75 años) por parte de responsables de Primaria y en colaboración con la Unidad de Geriatria, donde se fije como mínimo:

- Qué aspectos de la valoración geriátrica son primordiales determinar
- Periodicidad de visitas en consulta de Atención Primaria y en domicilio
- Medidas de prevención y mantenimiento de salud
- Criterios de derivación a Consulta Externa de Geriatria

5. El paciente anciano pluripatológico (1.2) y el anciano de alto riesgo (1.3 y 1.4) serán derivados para valoración en Consulta Externa de Geriatria (ubicada en el Hospital de Día) donde se realizará una Valoración Integral y se establecerá un plan de cuidados. En el caso del paciente estable se realizará seguimiento cada 6 meses. En ocasiones las visitas de seguimiento podrán ser no presenciales. En el caso de problemas agudos sobreañadidos se determinará una reevaluación antes de la prevista, con compromiso de una demora máxima de 7 días tras contactar con el equipo.

En el caso de pacientes nuevos inestables se valorarán con una demora máxima de 7 días, para lo cual se creará una nueva Agenda en Consultas de Geriátria para citar desde Atención Primaria.

6. Los informes se realizarán en el programa SELENE y el paciente saldrá de la consulta con un informe escrito a máquina donde figuren:

- a. la valoración integral (biomédica, psicológica, funcional y social)
- b. los problemas médicos activos, los problemas cognitivos y afectivos
- c. las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria
- d. la situación sociofamiliar
- e. Plan terapéutico y de cuidados.

Si fuera necesario, se realizaría una analítica en la primera visita.

También cabe la posibilidad de aplicación de ciertos tratamientos en el Hospital de Día (Transfusiones, Hierro intravenoso...) si procede.

7. El paciente podrá contactar con la Unidad de Geriátria via teléfono o mail para resolver dudas diagnósticas o de tratamiento, problemas agudos sobreañadidos, etc..

8. El Equipo de Atención Primaria podrá contactar con la Unidad de Geriátria por teléfono, mail durante el horario de mañana para resolver dudas, problemas de coordinación, etc. En el caso de pacientes pluripatológicos y de alto riesgo ingresados en el hospital, el Equipo de Atención Primaria podrá contactar con el geriatra responsable de hospitalización para elaborar un plan de cuidados al alta.

9. La Unidad de Geriátría estará en contacto con las Residencias de la zona y participará en reuniones con la Comisión Sociosanitaria y en coordinación con los distintos servicios hospitalarios.

10. La Unidad de Geriátría realizará visitas periódicas a los Centros de Salud para discusión de casos clínicos, creación de protocolos y sesiones formativas (Anexo III).

Sociedad Murciana de Geriátría y Gerontología

PROYECTO PILOTO.

Proponemos el siguiente plan:

- Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca y 2 Centros de Salud del área I, que podrían ser por ejemplo: Algezares, Aljucer.

- Debería realizarse un ensayo clínico con un grupo control con variables de resultado como:

1. Resultados de salud: mortalidad, deterioro funcional, úlceras por presión.
2. Utilización de recursos: ingresos y reingresos hospitalarios, consumo de fármacos, ingresos inadecuados, visitas a médico de familia, visitas a especialistas hospitalarios, visitas a urgencias.
3. Satisfacción y calidad de vida

BIBLIOGRAFIA.

1. El anciano frágil. Detección y tratamiento en Atención Primaria. Martín-Lesende I, Gorroñoigoita A, Gómez-Pavón J, et al. Atención Primaria. 2010;42:388-93.
2. Los pacientes pluripatológicos y el papel de las especialidades de medicina interna y de geriatría. Anía-Lafuente BJ, Suárez-Almenar JL. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2006;41:142-3.
3. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2012.
4. Unidad de pacientes pluripatológicos. Estándares y Recomendaciones. Informes, estudios e investigaciones. Ministerio de Sanidad y Política Social 2009.
5. A new prognostic index centered on polypathological patients. The profound index. Bernabeu-Wittel M, Formiga F, Ollero-Baturone M. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2011; 66A: 1393-1394.
6. Manual de procedimientos enfermeras comunitarias de enlace. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud.
http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/./contenidos/gestioncalidad/Manual_PECE.pdf

ANEXO I.

La **VALORACIÓN GERIÁTRICA (VGI)**, que recibe el nombre de cuádruple, dinámica, integral o comprensiva, es un *proceso estructurado de valoración global, con frecuencia multidisciplinario, en el que se detectan, describen y aclaran los múltiples problemas físicos, funcionales, psicológicos y socioambientales que el paciente anciano presenta*. Durante este proceso se registran los recursos y posibilidades de la persona, se valora la necesidad de servicios y, finalmente, se elabora un plan de cuidados progresivo, continuado y coordinado dirigido a satisfacer las necesidades del paciente y sus cuidadores.

Constituye la forma más razonable de aproximarse al anciano desde cualquier ámbito de la salud y es esencial para su óptimo cuidado desde enfermería. Hoy en día se considera la piedra angular en la práctica de la geriatría y una de las claves de su eficacia frente a otras especialidades en el cuidado del anciano.

Se requiere para su realización:

- sensibilidad para los problemas que conciernen a las personas mayores
- conocimiento sobre su particular forma de enfermar y problemática específica
- habilidad para interrelacionarse con otros profesionales de la salud

Objetivos de la VGI.

- ✓ *Mejorar la exactitud diagnóstica y la identificación de los problemas*, lo que permite establecer objetivos terapéuticos más claros y razonables, y desarrollar un plan de cuidados más adecuado a las necesidades del paciente.
- ✓ *Establecer un plan de cuidados racional* (optimizar el ttº).
- ✓ *Conocer la situación del paciente que nos permita predecir su evolución.*
- ✓ *Asegurar una utilización apropiada de los servicios, reduciendo el uso innecesario de recursos.*
- ✓ *Determinar un emplazamiento óptimo y evitar la institucionalización inapropiada.*

ANEXO II.

Table 1. The PROFUND Index

Characteristic	PROFUND Index
Demographics	
≥85 Years	3
Clinical features	
Active neoplasia	6
Dementia	3
III–IV functional class on NYHA and/or MRC	3
Delirium in last hospital admission	3
Analytical parameters (blood plasma)	
Hemoglobin < 10 g/dL	3
Psychological–functional–sociofamilial features	
Barthel's index < 60	4
Caregiver other than spouse or no caregiver	2
Healthcare features	
≥4 hospital admissions in last 12 months	3
Total score items = 9	0–30 points

Notes: MRC, medical research council; NYHA, new york heart association.

Table 2. Risk Groups of 12-Month Mortality According to the Individual Patient's Score

Risk Group	12-Month Mortality*
Low risk (0–2 points)	12.1%/14.6%
Low–intermediate risk (3–6 points)	21.5%/31.5%
Intermediate–high risk (7–10 points)	45%/50%
High risk (11–30 points)	68%/61.3%

Note: *Derivation cohort/validation cohort.

ANEXO III.

- Propuesta de Sesiones formativas en temas geriátricos en los Centros de Salud:

1. Polifarmacia. Fármacos inadecuados en el mayor.
2. Anciano pluripatológico. Índices pronósticos. Abordaje.
3. Pérdida de peso subagudo inexplicable en el anciano.
4. Mareo en el anciano.
5. Incontinencia urinaria/ Estreñimiento/ Incontinencia fecal.
6. Insomnio. Trastornos de conducta /agitación.
7. Fragilidad y sarcopenia en el anciano.
8. Disfagia en el anciano.
9. Trastorno de la marcha / pérdida de fuerza en extremidades.
10. Caídas.
11. Ejercicio físico en el mayor.
12. Demencia / Pérdida de memoria.
13. Caídas de repetición.