

EL EQUIPO INTERDISCIPLINAR

*Carmen Gutiérrez Bezón
Concepción Jiménez Rojas
Ana Isabel Corregidor Sánchez*

Introducción

La complejidad de manejo del paciente geriátrico en cuanto a la diversidad e interacción de distintos aspectos clínicos, físicos, funcionales, psicológicos y sociales requiere de una serie de conocimientos, habilidades y aptitudes que no suelen estar al alcance de un único profesional (1).

La participación de los diferentes profesionales médicos, de enfermería, terapeutas y trabajadores sociales en el abordaje de los diferentes aspectos de la asistencia al anciano, ha fomentado el desarrollo progresivo de la metodología del trabajo en equipo.

Esta forma de trabajar permite un abordaje completo dirigido a ofrecer una atención integral en la que todos los profesionales trabajan para conseguir un objetivo común para el enfermo (2, 3). En la tabla 1 se describen algunas de las ventajas que aporta al paciente y a los profesionales.

Aunque los términos multi e interdisciplinario se han empleado indistintamente para definir los equipos de trabajo, existen algunas diferencias entre éstos:

- El equipo multidisciplinario es un grupo de diferentes profesionales que trabajan en un área común de forma independiente, valoran al enfermo por separado e interactúan entre ellos de manera informal.
- El equipo interdisciplinario (es el tipo de equipo asistencial en geriatría) está constituido por diferentes profesionales que trabajan en un área común de forma interdependiente e interactúan entre ellos de manera formal e informal. Pueden valorar al enfermo por separado pero intercambian la información de una forma sistemática,

comparten una metodología de trabajo y trabajan juntos para conseguir unos objetivos conjuntos, colaborando entre ellos en la planificación y puesta en marcha de un plan de tratamiento y cuidados (4).

Existen múltiples estudios que han demostrado la rentabilidad de la aplicación de este modelo asistencial y que como líneas fundamentales destacan que (5, 6):

1. La valoración de forma aislada, por muy exhaustiva que sea, carece de valor sin un desarrollo adecuado posterior de planes de cuidados.
2. Se demuestra la eficiencia de la valoración interdisciplinaria frente a valoraciones «monodisciplinarias», a nivel de reducción de mortalidad, mejoría de la funcionalidad, disminución de ingresos hospitalarios, disminución de las tasas de institucionalización y de la sobrecarga de los cuidadores.

Composición del equipo

La composición del equipo debe adaptarse a las funciones que éste cumple y su estructura dependerá de sus objetivos específicos (7) y de las posibilidades y características del centro y del nivel asistencial en que trabajemos (UME, Hospital de Día, etc.).

Generalmente suele existir lo que se denomina núcleo mínimo del equipo, que suele estar formado por el médico geriatra, el personal de enfermería (enfermera y auxiliar) y el trabajador social.

Otros colaboradores habituales suelen ser el terapeuta ocupacional y el fisioterapeuta, aunque también

Tabla 1. Ventajas del trabajo en equipo

- Acceso a un mayor número de servicios y profesionales.
- Mayor eficiencia por mayor integración y coordinación de servicios para el paciente.
- Mayor comunicación y soporte entre profesionales y cuidadores.
- Mayor número de oportunidades para adquirir conocimientos y habilidades de máxima calidad.

pueden participar otros profesionales como el médico rehabilitador, el psicogeriatra, el psicólogo, el logopeda, etc.

El funcionamiento del equipo exige de la participación y la responsabilidad compartida de sus miembros; sin embargo, ningún equipo puede ser operativo sin un coordinador.

En muchos casos, el médico es el que asume este papel, aunque no siempre es así y algunos equipos delegan esta función en otro miembro (por ejemplo, en algunos Hospitales de Día este papel lo desempeña la enfermera o el terapeuta ocupacional).

Deber del coordinador

- Asegurar la aplicación de una metodología de trabajo dirigida al establecimiento de unos objetivos terapéuticos individualizados y realistas y a la monitorización adecuada de resultados.
- Actuar como regulador y moderador en las reuniones de equipo, distribuyendo el tiempo de forma coherente y facilitando un clima de discusión adecuado y operativo.
- Identificar áreas de conflicto real o potencial, prevenirlas y conocer las estrategias necesarias para afrontarlas.
- Responsabilizarse de la completa planificación y ejecución del plan de cuidados.

Principales funciones de los diferentes profesionales del equipo

Médico geriatra

- Realizar la valoración del estado clínico, funcional, mental y social básico (incluyendo aproximación diagnóstica y estimación pronóstica) del paciente.
- Realizar un correcto manejo terapéutico.
- Adecuar la transmisión de la información médica esencial al resto de los profesionales para el establecimiento de un plan conjunto.
- Comunicarse con el Equipo de Atención Primaria para informar de la evolución del paciente y asegurar la continuidad de cuidados al alta.

Personal de enfermería

- Funciones específicas de los tratamientos y cuidados de enfermería.
- Prevención de complicaciones (úlceras por presión, contracturas, etc.).
- Manejo de problemas como la incontinencia, disfagia, etc., que tanto pueden influir en la recuperación funcional.
- Educación sanitaria del paciente y su familia, involucrándoles en la colaboración necesaria

para la realización de las ABVD y de las AIVD (de este modo la rehabilitación se realiza como un proceso continuo a lo largo del día y no limitado a las sesiones programadas).

- Monitorización de la progresión del paciente y detección de problemas que pueden retrasarla, como dolor, inseguridad y falta de motivación.

Terapeuta ocupacional y fisioterapeuta

- Puesta en marcha del plan terapéutico rehabilitador establecido.
- Valoran y trabajan la movilidad, fuerza, tono de extremidades, rango de movimiento articular, equilibrio, coordinación, posibles apraxias, agnosias, etc., y, lo que es más importante, su traducción en funcionalidad, es decir, en la capacidad para la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (transferencias, marcha y uso adecuado de ayudas técnicas, escaleras...).

El terapeuta ocupacional, además, identifica problemas o barreras modificables en el domicilio y realiza recomendaciones en cuanto a adaptaciones domiciliarias que resultan de gran valor tanto para el paciente como para el cuidador.

Trabajador social

- Evaluar a fondo las necesidades sociales del paciente, sus recursos y red de apoyo.
- Plantear si los cuidados necesarios podrán mantenerse en el futuro.
- Conocer los recursos disponibles, gestionar e informar al paciente y a la familia sobre los mismos, facilitando el acceso a aquellos dispositivos que el paciente requiera tanto en el momento inmediato como a largo plazo.
- Planificación del alta, desarrollando un plan de soporte y gestión de ayuda social, si se requiere (8).

Los resultados de la valoración social influirán de forma importante en el establecimiento de los objetivos que el equipo se plantee para el paciente, ya que la ubicación final del paciente podrá determinar las áreas de prioridad sobre las que el equipo debe trabajar.

Desarrollo de los equipos

En este proceso habrá que definir elementos clave en la estructura y en la metodología de trabajo del equipo, como son:

- Normas internas de funcionamiento: forma de realizar la valoración inicial, criterios de evalua-

Tabla 2. Proceso de los cuidados geriátricos

Valoración	<ul style="list-style-type: none"> — Salud (diagnóstico y pronóstico). — Función (física, mental y social). — Recursos (cultura, educación, sociales, económicos, etc.).
Elaboración lista de objetivos de tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> — Objetivos que pauta el equipo. — Opinión del paciente sobre los mismos. — Que es posible realizar.
Concretar plan de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> — Tratar de compatibilizar lo que el paciente puede hacer y lo que el entorno demanda: <ul style="list-style-type: none"> • A través del tratamiento (médico, due, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta). • Disminuir demandas del entorno: ayudas técnicas, ortesis, adaptaciones del entorno domiciliarias, gestión de recursos sociales, etc.
Revisiones regulares	<ul style="list-style-type: none"> — Comprobar evolución. — Redefinir objetivos y plan de tratamiento.

ción periódica, regularidad de las sesiones, establecer sistemas de toma de decisiones, y de elaboración del proceso del alta.

- Determinar qué aspectos van a requerir de la colaboración interdisciplinar del equipo, qué situaciones plantearán la consulta a alguno de los profesionales y en qué otras se actuará siguiendo protocolos previamente establecidos.
- Desarrollo de sistemas de registro (hojas de recogida de datos) e intercambio de información entre los profesionales (4).
- Establecer las competencias de los diferentes profesionales: definir lo que se espera de cada miembro, asignando labores según capacidades y competencias para evitar duplicidad o abandono de tareas, confusiones, sentimientos de desconfianza, rencillas o insatisfacción. La labor de los distintos profesionales del equipo puede solaparse en algunas áreas de actuación, por lo que es necesario que exista una actitud común de respeto a las diferentes contribuciones, valoraciones y planteamientos, que faciliten la discusión cuando no haya acuerdo. Esto implica que cada miembro trabaja a nivel óptimo, comprende la contribución de los otros y respeta la interdependencia de tareas.
- Establecer un liderazgo.

Los equipos interdisciplinarios en geriatría tienen un desarrollo por etapas:

1. Una etapa inicial de *organización* que puede requerir algunos meses.
2. Un período de *alto rendimiento* que puede durar varios años.
3. Etapa de *declinar gradual*, salvo que se realicen intervenciones para mantener la actividad (incor-

poración de nuevos miembros, nuevas tareas, programas de formación, participación en programas de investigación, etc.).

La evaluación periódica del equipo resulta necesaria para revisar si los objetivos están consensuados y si el nivel y calidad de comunicación dentro del equipo y con el exterior es adecuado, además de otros aspectos organizativos del grupo.

Las barreras al trabajo en equipo pueden proceder tanto de actitudes individuales como de interacciones entre diferentes miembros. Otras veces es la organización del sistema sanitario en el que se engloba la que dificulta el funcionamiento eficiente del trabajo en equipo.

Dinámica de trabajo del equipo (tabla 2)

Fase inicial o de valoración

Tiene lugar al ingreso del paciente en la planta o durante sus primeros días de incorporación al nivel asistencial correspondiente.

En esta fase se establece el contacto con el enfermo y con su familia u otros cuidadores informales, intentando que vayan conociendo a los diferentes miembros del equipo.

Cada miembro del equipo realiza una valoración del paciente. Se valorará su situación previa (lo que ayudará a conocer el impacto de la enfermedad y a establecer unos objetivos realistas), y su situación actual, perfilando un plan individual de tratamiento que servirá para diseñar el plan de actuación conjunta.

La dinámica del trabajo en equipo exige el empleo de un lenguaje común y unos instrumentos de medida

que permitan la monitorización y sean interpretables por todos los miembros del grupo (escalas de valoración de uso habitual en los servicios de Geriátría). Cada grupo empleará los que les resulten más familiares, como el índice de Barthel, Katz, test de Pfeiffer, escalas de valoración funcional y mental de Cruz Roja, etc.

Elaboración de una lista de problemas por los distintos miembros del equipo

En esta segunda fase se lleva a cabo una puesta en común de las diferentes valoraciones realizadas (clínica, funcional, mental y social) con el fin de destacar los principales problemas activos del paciente (4).

La elaboración de una lista de problemas es la forma más adecuada de reflejar y documentar el trabajo del equipo y de dirigir con eficacia los esfuerzos de los distintos profesionales.

Planificación de objetivos

Es la tarea más difícil de realizar, pero es la piedra angular para programar el tratamiento de los diferentes profesionales y para determinar los planes a seguir con cada paciente.

Para ello resulta de gran utilidad que la valoración de cada profesional se acompañe cuando sea posible de una aproximación pronóstica. Requiere también un diálogo entre los profesionales (que conocen qué podría hacerse) con el paciente (que decide qué se debería hacer) (9).

Tras acordar objetivos con el paciente y sus cuidadores, éstos deben trasladarse hacia la ejecución de un plan realista y factible.

Los objetivos deben ser individualizados, específicos, realistas, concretos y secuenciados, es decir establecidos a un plazo determinado (corto, medio y largo plazo) (10).

Los estudios realizados sobre la efectividad del trabajo en equipo sugieren que el cumplimiento de los objetivos mejora cuanto más específicos sean.

Establecimiento de un plan integral del tratamiento

Cada profesional debe exponer cómo plantea llevar a cabo los objetivos planificados a lo largo del período que falta hasta la próxima reunión del equipo.

El plan de tratamiento para cada objetivo debe especificar los cuidados a realizar y por quién, así como las expectativas de en cuánto tiempo serían realizables.

Existen muchos formatos para registrar esta información (listado de problemas, objetivos, plan), y cada grupo debe diseñar el que más se adapte a sus necesidades.

Fase de evaluación

Consiste en la sesión interdisciplinaria programada. Con una periodicidad habitualmente semanal, el equipo se reúne para monitorizar la progresión del paciente, los cambios en su situación clínica, funcional, mental y perspectiva social.

Se revisan los objetivos propuestos para esa fecha y se analiza su cumplimiento, y los factores que han podido influir si éstos no se han alcanzado.

Se actualiza la lista de problemas y se acuerdan los objetivos para la siguiente semana, planificando las altas si procede.

El alta debe plantearse con tiempo, cuando se estime que el paciente deja de beneficiarse del nivel asistencial en el que se encuentra (por mejoría, estabilización o aparición de problemas agudos).

El alta en geriatría debe ser:

- Temprana, no precipitada.
- Programada: decidida en equipo.
- Comunicada: informada con tiempo al paciente y a su familia.
- Preparada: con informe, plan de seguimiento y necesidades contempladas.

Lo ideal es garantizar una visita post alta para afianzar que los planes diseñados hayan sido realistas, que todos los cuidados planteados (tratamiento, servicios...) se han puesto en marcha y las necesidades se han cubierto.

Después pueden realizarse revisiones periódicas para comprobar si el progreso es como se esperaba y descartar que hayan aparecido nuevos problemas (11).

En conclusión, el trabajo en equipo interdisciplinar es un arma más y una característica asistencial específica de la geriatría que surge de la complejidad de abordaje y tratamiento de todos los factores que influyen e interaccionan en el proceso de enfermar en el anciano. Esta forma de trabajo ha demostrado su eficacia frente a otros tipos de abordaje en términos de funcionalidad, mejora de la calidad de atención percibida y disminución de la institucionalización. En su dinámica de funcionamiento existen cinco etapas fundamentales que son: la valoración inicial, la puesta en común con el establecimiento de un listado de problemas, el planteamiento de objetivos individualizados, realistas y concretos y la elaboración de un plan, con la posterior evaluación periódica de todos ellos.

Bibliografía

1. Verdejo Bravo C. El equipo interdisciplinar como metodología de trabajo. En: Ribera Casado JM, Gil Gregorio P, editores. Atención al anciano en el medio sanitario. Madrid: Editores Médicos S.A.; 1998. p. 39-43.
2. Guillén Llera F. La asistencia geriátrica. Una respuesta estructurada a los problemas de salud del anciano. En: Ribera Casado JM, Gil Gregorio P, editores. Atención al

anciano en el medio sanitario. Madrid: Editores Médicos S.A.; 1998. p. 25-38.

3. Planificación y organización de los servicios geriátricos. En: Informe del Comité de Expertos de la OMS. Ginebra; 1974.
4. Campbell LJ, Cole KD. Geriatric Assessment Teams. Clin Geriatr Med 1987; 3: 99-110.
5. Timothy L. Kauffman Geriatric Rehabilitation Manual. 1st ed. Edimburgo: Churchill Livingstone; 1999.
6. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Recursos sanitarios. En: Geriatria XXI. Análisis de las necesidades y recursos en la atención de personas mayores en España. Madrid: Editores Médicos; 2000. p. 209-67.
7. Barer D. Rehabilitation. En: Brocklehurst JC, Tallis RC, Fillit HM, editores. Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology. 5.º ed. Londres: Churchill-Livingstone; 1998. p. 1521-50.
8. Hodes CH. Care of the elderly in general practice. BMJ 1973; 4: 41-42.
9. Grimley Evans J, Franklin Williams T, Lynn Beattie B, Michel JP, Wilcock GK. Oxford textbook of geriatric medicine. 2nd edition. Oxford: Oxford University Press; 2000.
10. González Montalbo JI, Pérez del Molino J, Rodríguez Mañas L, Salgado Alba A, Guillén Llera F. Geriatria y asistencia geriátrica: para quién y cómo (y II). Med Clin (Barc) 1991; 96 (6): 40-46.
11. Ruiz de Adana Pérez R, Elipe Rebollo P. El anciano en Atención Primaria. En: Ribera Casado JM, Gil Gregorio P, editores. Atención al anciano en el medio sanitario. Madrid: Editores Médicos S.A.; 1998. p. 47-56.