

MEMORIA DE ROTACIÓN EXTERNA DE MARÍA MORAL CARRETÓN –
SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE
LLANDOUGH, CARDIFF, GALES (REINO UNIDO) – OCTUBRE Y
NOVIEMBRE 2012

Como se hace constar en el certificado de asistencia, desde el 1 de Octubre hasta el 30 de Noviembre de 2012 asistí, a tiempo completo, desde las 9 hasta las 17 horas, de lunes a viernes, y bajo la supervisión del Profesor Antony Bayer, Director de la Unidad de Memoria y Jefe del Servicio de Geriatria, al Hospital Universitario de Llandough, asociado a la Facultad de Medicina de la Universidad de Cardiff, pasando por los siguientes niveles asistenciales: Hospital de Día, Unidad de Hueso, Unidad de Memoria, Unidad de Ictus y Unidad de Parkinson.

Otras actividades que realicé fueron: asistencia al Módulo 2 del Master “Ageing, Health and Disease”, sobre Métodos de Investigación Médica, y a otros eventos y conferencias: “Osteoporosis for nurses and other AHCPs Llandough Hospital, Cardiff”, NEURODEM Cymru Autumn 2012 Conference “Patient and Public Involvement”, Practical Management of Parkinson’s Disease, Alzheimer’s and other Dementias Event; y preparación e impartición de una sesión “The Organization and Delivery of Care in Spain” para el Master “Ageing, Health and Disease”.

A continuación, procedo a detallar mi experiencia en cada actividad realizada durante mi estancia como “observer”, es decir “hands of the patients”, ya que no me fue permitido ejercer.

El hospital de día de Geriatria tenía una capacidad para unos 30-40 pacientes de media al día, con asistencia una vez a la semana y una estancia media, dependiendo del motivo de ingreso de entre 6 y 8 semanas. El staff total estaba compuesto por 4 facultativos: 3 especialistas en Medicina Física y Rehabilitación y 1 médico de familia, 2 enfermeras especializadas, 5 enfermeras sin especialización, 4 fisioterapeutas, 4 terapeutas ocupacionales, 3 auxiliares de enfermería, 2 secretarias y 2 cocineras.

El staff diario estaba compuesto por uno de los cuatro facultativos antes mencionados, 1 enfermera especializada, 3 enfermeras sin especialización, 2 auxiliares de enfermería, 2 fisioterapeutas y un tercero que se incorporaba después de su trabajo en hospitalización, 3 terapeutas ocupacionales, las 2 secretarias y las 2 cocineras.

Los pacientes, procedentes fundamentalmente de la comunidad, salvo para los grupos específicos de trabajo Insuficiencia Cardíaca y Parkinson, podían ser referidos, sin pasar por filtro alguno, por cualquier otro facultativo o enfermera especializada.

La dinámica habitual comenzaba a las 8:30 horas con una reunión multidisciplinar en la que participaba todo el staff mencionado, a excepción de las secretarias y cocineras, y en la que se comentaban los casos nuevos (una media de 4 al día) asignándose a las enfermeras y auxiliares, y las revisiones previstas (una media de 6 al día) de los pacientes ya conocidos. Sobre las 9 horas, comenzaban a llegar los pacientes, la gran mayoría en ambulancia, algunos de ellos conduciendo sus propios coches, se servía el desayuno y, tras el mismo, se distribuían en los diferentes grupos de trabajo si ya eran pacientes conocidos, o en las habitaciones para valoración si eran nuevos.

Cada paciente nuevo era valorado a lo largo del turno de mañana (de 9 a 12 horas) y en orden, según la disponibilidad del staff, por el facultativo, el enfermero asignado, el fisioterapeuta y la terapeuta ocupacional.

El facultativo realizaba la historia clínica orientada hacia los problemas médicos por los que el paciente había sido remitido, estableciendo una lista de problemas activos y valorando la necesidad de incluir problemas diferentes a aquéllos por los que había sido referido y la realización de estudios diagnósticos o cambios en el tratamiento habitual; en caso de haberla, se procedía a ello.

La enfermera se encargaba de la toma de constantes, de la recogida de datos personales y situación basal y social (siendo muy importante dentro de ésta, el acondicionamiento de la vivienda), y de la detección de problemas bajo su competencia (úlceras por presión, incontinencia, déficits sensoriales y problemas sociales).

El fisioterapeuta, valoraba las posibles causas de, fundamentalmente, desacondicionamiento físico y caídas, y realizaba una exploración física exhaustiva por articulaciones y grupos musculares, así como de equilibrio y marcha con tests

específicos (Timed up & Go) registrando las marcas para valorar posteriormente la evolución.

El terapeuta ocupacional, incidía en la situación funcional y el acondicionamiento de la vivienda y soporte en la misma y en la comunidad. Una vez establecido el plan inicial para el paciente e independientemente del grupo de trabajo asignado al mismo, se encargaba de las visitas domiciliarias para evaluación de la vivienda y recomendaciones in situ de ayudas técnicas y proporción de información para la gestión de las mismas, así como de la detección/valoración de déficits mnésicos mediante screening con el test de MOCA (no se utilizaba el MMSE por la patente vigente del mismo). También de contactar con los servicios sociales si se detectaba necesidad de intervención por su parte (reforzar apoyo a domicilio, búsqueda de centro de día para continuar estimulación multidisciplinar al alta, contacto con grupos de voluntarios, etc.)

A las 12 horas, mientras los pacientes comían, tenía lugar la segunda reunión multidisciplinar del día, de nuevo, todo el staff se reunía para comentar sus impresiones sobre los pacientes nuevos y establecer un plan de tratamiento y objetivos individualizados y de ubicación al alta, y la reevaluación del resto de pacientes que asistían al Hospital de Día ese día, programando las altas en función de la evolución y consecución de objetivos.

En cuanto a los grupos de trabajo, había 3: Caídas (principal motivo de ingreso), Insuficiencia Cardíaca y Parkinson, y 1 pendiente de ponerse en marcha, Incontinencia, ya que la valoración y tratamiento de este síndrome geriátrico se llevaba a cabo principalmente en la comunidad por enfermería especializada. La inclusión en uno de los grupos, no era excluyente para la inclusión en los restantes. Además de los mencionados grupos específicos y, en caso de necesitarlo, los pacientes podían recibir estimulación cognitiva y recuperación de ABVD por parte de las terapeutas ocupacionales.

El grupo de Caídas, incluía como puntos fundamentales, un programa específico de fisioterapia para potenciación muscular y optimización/recuperación de equilibrio y marcha, con educación en transferencias y situaciones habituales con potencial poder de predisposición a caídas; y un programa de relajación con el objetivo de prevenir y tratar el síndrome postcaída. En ocasiones, y por recomendación de las terapeutas ocupacionales, los fisioterapeutas los acompañaban en las visitas a domicilio para

detectar probables causas tratables. Funcionaba todos los días de la semana con el total del staff mencionado y, al alta, los pacientes continuaban, en caso de considerarse necesario, con un programa de rehabilitación para prevención de caídas en la comunidad.

En el grupo de Insuficiencia Cardíaca, reciente iniciativa empezando a funcionar, participaban 2 cardiólogos, los únicos que podían remitir pacientes a dicho grupo tras un cribado de disnea consistente en pruebas de función respiratoria, peak flow y ecocardiograma trasesofágico, y por tanto sólo disneas de origen cardíaco, que acudían 2 días a la semana al Hospital de Día a reevaluar a los pacientes, 1 facultativo especializado en Medicina Física y Rehabilitación encargado del manejo de la pluripatología y polimedicación así como de la evolución tras los ajustes de tratamiento, 4 enfermeras especializadas, 1 fisioterapeuta especializado en rehabilitación cardíaca y 1 terapeuta ocupacional especializada en técnicas de recuperación de energía. Tras la valoración inicial, los pacientes eran divididos en 2 grupos: “high level”, capacidad física conservada y sin deterioro cognitivo, y “low level”, con situación general más comprometida. Tras la valoración inicial, se procedía a la optimización del tratamiento farmacológico y, sólo una vez alcanzadas las máximas dosis tolerables de los fármacos específicos, se iniciaba la rehabilitación cardíaca y las técnicas de recuperación de energía.

En cuanto al grupo de Parkinson, también iniciativa reciente aunque no tanto como la anterior, participaba 1 facultativo especialista en Medicina Física y Rehabilitación, 1 enfermera especializada y 1 fisioterapeuta especializado en rehabilitación neurológica. Los pacientes eran remitidos por Neurología tras el diagnóstico de Enfermedad de Parkinson con los objetivos principales de valoración del tratamiento iniciado y ajuste/optimización del mismo hasta alcanzar estabilidad, y rehabilitación neurológica específica. Después, seguimiento a largo plazo para nuevos ajustes/optimizaciones de tratamiento según evolución, fisioterapia específica y detección y tratamiento de problemas/situaciones incidentes relacionadas con la enfermedad, así como proporcionar soporte al cuidador principal.

Al alta, prácticamente la totalidad de los pacientes continuaba viviendo en sus domicilios, la gran mayoría adecuadamente condicionados tras la valoración

multidisciplinar y a cargo de su Médico de Atención Primaria, algunos de ellos, en programas específicos vigentes en la comunidad.

La Unidad de Hueso, a pesar de contar con facultativos especialistas en Geriátría, un total de 3, valoraba pacientes de forma ambulatoria, a modo de consulta externa, desde los 18 años de edad: trastornos tanto congénitos como adquiridos del metabolismo óseo, toma prolongada de corticoides, trastornos de conducta alimentaria, etc. remitidos por sus médicos de cabecera u otros facultativos. Además de los facultativos, contaba con 2 enfermeras especializadas, encargadas de suministrar los nuevos tratamientos (i.e. Teriparatida) en domicilio, llevando a cabo la educación del paciente en cuanto a su administración. Además disponía de Hospital de Día para la administración de tratamientos intravenosos en los casos en los que era necesario (i.e. Bifosfonatos)

En la Unidad de Memoria, con staff constituido por 4 facultativos, 3 especialistas en Geriátría y 1 especialista en medicina familiar y comunitaria, 2 enfermeros especializados, 1 enfermera sin especialización, 3 neuropsicólogas y 2 secretarías, se valoraban pacientes de forma ambulatoria, remitidos por médicos de familia u otros facultativos. Todos los lunes a las 9h, tenía lugar una reunión multidisciplinar en la que se comentaban todos los pacientes nuevos vistos a lo largo de la semana anterior, estableciéndose un plan de actuación en base a unos objetivos, tanto diagnósticos como terapéuticos. El lunes por la tarde y resto de días de la semana, se procedía a la valoración, tanto de pacientes nuevos como de revisiones, a nivel de consulta externa ubicada en distintos hospitales de la ciudad de Cardiff. Debido a la lista de espera y en un intento de agilizar la valoración de pacientes nuevos, se facilitaba un teléfono directo de la Unidad de manera que, aquéllos motivos de consulta susceptibles de ser valorados por el enfermero especializado, lo eran a través de una visita domiciliaria ya que éste tenía capacidad para modificar, suspender o iniciar determinados tratamientos sin necesidad de prescripción facultativa en ese momento. Estos casos, se comentaban también en la sesión multidisciplinar de los lunes.

La Unidad de Ictus era una planta (“ward”) de hospitalización, compuesta por 27 camas de pacientes agudos y subagudos con diagnóstico de ictus, tanto isquémico como hemorrágico, de nuevo, independientemente de la edad del paciente, es decir, aunque la minoría, había pacientes menores de 65 años.

El staff estaba compuesto por 2 facultativos especialistas en Geriátrica, 2 médicos internos residentes, uno “mayor” (specialist registrar 4/5) y uno “pequeño” (SR 2/5), siendo la rotación por dicha unidad de un año de duración, 2 enfermeras especializadas, 5 enfermeras sin especialización, 3 auxiliares de enfermería, 3 fisioterapeutas y, en ocasiones, hasta 2 estudiantes de fisioterapia, 3 logopedas, 2 terapeutas ocupacionales.

En la Unidad, no se realizaba intervencionismo ni fibrinolisis por no disponer de medios para ello, pacientes con criterios de alguno de ambos, tras la valoración inicial por el Servicio de Emergencias o facultativo habitual, era remitido al Hospital de Heath, al norte de Cardiff cuya unidad de ictus contaba con 3 facultativos: 2 neurólogos y 1 geriatra y, tras el procedimiento, derivado a esta unidad. Pacientes con diagnóstico de ictus sin criterios de fibrinolisis o intervencionismo, eran derivados directamente. También ingresaban pacientes con dicho diagnóstico procedentes de otras plantas de hospitalización, previa valoración por algún facultativo del staff, bien porque hubiesen sufrido el ictus estando ingresados en ellas o porque, ya con el diagnóstico, hubiesen ingresado allí a la espera de cama disponible en la unidad.

La estancia media aproximada, era de unas 4 semanas, dependiendo de la severidad de la clínica y la velocidad de recuperación.

Todo paciente nuevo era valorado por todos los componentes del equipo multidisciplinar, estableciendo cada uno sus propios diagnósticos, objetivos y pauta de tratamiento, que luego serían comentados en las sesiones multidisciplinarias, comenzando, por tanto el tratamiento, sino el mismo día del ingreso, el día siguiente.

Los lunes y los miércoles, a las 11:30 horas, tenían lugar las reuniones multidisciplinarias con participación de todo el staff antes mencionado, cada uno de los días con uno de los adjuntos y sobre los pacientes a su cargo, donde se discutía el diagnóstico, evolución, plan de tratamiento, objetivos del mismo y la planificación del alta así como la ubicación a la misma.

El papel de cada uno de los miembros del staff era: por parte de los facultativos, establecer una lista de problemas médicos activos, el principal el ictus, indicando el estudio y tratamiento específico del mismo, una vez el paciente estaba médicamente estable, ver incidencias y valorar/tratar nuevos problemas médicos incidentes. Por parte de la enfermería especializada, coordinar el manejo sociosanitario del paciente integrando la labor de todos los miembros del equipo multidisciplinar. Las enfermeras sin especialización, se dedicaban a la monitorización de los pacientes y detección y tratamiento de problemas específicos de enfermería (prevención y tratamiento de úlceras por presión, incontinencia, etc.). Los fisioterapeutas, valoraban los déficits motores del paciente e iniciaban la rehabilitación neurológica, proporcionando ayudas técnicas si era preciso. Las logopedas, se encargaban de la rehabilitación del lenguaje en el caso de las afasias y disartrias, y del estudio y tratamiento de disfagia, coordinando en casos seleccionados, la realización de videofluoroscopias. Los terapeutas ocupacionales, se encargaban del acondicionamiento de la vivienda requerido por la nueva situación del paciente o la estimada residual así como de gestionar el contacto con los servicios sociales si era preciso.

Actividades asociadas a la Unidad eran: la Clínica de AIT para la valoración ambulatoria del accidente isquémico transitorio, algunos casos ya remitidos con diagnóstico orientado y tratamiento activo en curso, otros con la sospecha para valoración de inicio de diagnóstico y tratamiento, una tarde a la semana a cargo de un facultativo y un residente mayor; y sesiones interhospitalarias por videoconferencia en las que se exponían casos con pruebas de imagen y se pedía asesoramiento por el resto de compañeros de las distintas unidades de ictus presentes en los varios hospitales de la ciudad.

En la Unidad de Parkinson, a cargo de 2 facultativos especialistas en Geriátrica, se valoraba de forma ambulatoria pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Parkinson, casos de difícil manejo en ocasiones remitidos por neurólogos para ajuste de tratamiento, o pacientes con sospecha del mismo, para diagnóstico o inicio de tratamiento, remitidos por sus médicos de cabecera u otros facultativos.

En cuanto a la parte no asistencial de mi rotación y como anuncié en la introducción de esta memoria, asistí a varios eventos que paso a detallar brevemente, e impartí una sesión docente que también explicaré.

Por coincidencia de fechas, pude asistir al Módulo 2 del Master “Ageing, Health and Disease” que impartía el Servicio de Geriátrica del Hospital Universitario de Llandough, titulado “Research Methods”, Métodos de Investigación, aplicados a la ciencia médica. Tuvo una semana de duración, de lunes a viernes, de 9 a 16:30 horas, en la que se nos enseñó cómo hacer una búsqueda por Internet en las principales revistas médicas con formato electrónico a través de páginas web como pubmed o medline, y cómo hacer una lectura crítica de los artículos encontrados identificando si eran o no lo suficientemente significativos para poder basarnos en ellos; los tipos de estudios aplicables en medicina, cuantitativos y cualitativos, y cómo diseñarlos y aplicarlos; lecciones sobre estadística básica, cómo plantear una hipótesis y la determinación de las variables a analizar para responderla y cómo interpretar los resultados obtenidos; y conocimientos sobre ética a tener en cuenta para el estudio del diseño y redacción del consentimiento informado; todo ellos con parte teórica y práctica, consistiendo esta última en la búsqueda y lectura crítica de varios artículos que serían después comentados en grupo, y el diseño de nuestro propio estudio con planteamiento de una hipótesis y elección del tipo de estudio a aplicar y variables a considerar.

Se me pidió, como parte del temario incluido en el Master, no en el módulo al que yo asistí, que impartiese una sesión sobre “La Organización y Proporción de Cuidados en España”, en la que hablé sobre cómo convertirse en un Geriatra en España (selectividad, Facultad de Medicina y programa de formación M.I.R.), sobre el Sistema Nacional de Salud Español y su evolución desde el reconocimiento en la Constitución de la Salud como derecho universal responsabilidad del Estado, y sobre la Ley de Dependencia a través de la cual se gestiona el cuidado social de los pacientes dependientes.

El resto de eventos a los que asistí fueron: “Osteoporosis for nurses and other AHCPs Llandough Hospital, Cardiff”, impartido por un facultativo especialista en Geriátrica con actividad en la Clínica de Hueso y las dos enfermeras especializadas de la

misma, en la que se habló del concepto, etiología y fisiopatología, diagnóstico, tratamiento actual y nuevas líneas de tratamiento de la osteoporosis; NEURODEM Cymru Autumn 2012 Conference “Patient and Public Involvement”, impartida tanto por facultativos especialistas en distintas disciplinas, tanto básicas como médicas, como por pacientes, en las que se habló de la importancia de la investigación médica y ensayo de nuevos fármacos de manera global, así como del futuro de la genómica como método diagnóstico y de hallazgos de potenciales dianas terapéuticas; Practical Management of Parkinson’s Disease, Alzheimer’s and other Dementia Event, en el que se revisaron las 2 enfermedades a las que hace referencia el título del evento (conceptos, etiologías y fisiopatologías, diagnóstico, tratamientos actuales y nuevas líneas de tratamiento).

Una vez descrita la actividad que realicé durante los dos meses que duró mi rotación, paso a concluir con las impresiones obtenidas.

Me llamó mucho la atención la trascendencia tanto de la especialidad como de la figura del geriatra. Se trata de una especialidad perfectamente integrada en la práctica médica diaria, tanto en hospitalización como en consulta externa y en la comunidad, conocida por el resto del personal, tanto sanitario como no sanitario, así como por los pacientes y familiares; con una infraestructura a todos los niveles descritos, y dentro de los mismos, muy fuerte en la comunidad, perfectamente diseñada para el cuidado del paciente, no necesariamente anciano, la edad allí cada vez deja más de ser un criterio, sino del paciente pluripatológico, polimedicado y frágil; con un trabajo espectacular por parte de los equipos multidisciplinares que funcionan de manera impecable también a todos los niveles, con componentes muy bien formados y preparados que entienden perfectamente el por qué de la especialidad y capaces de trabajar de forma bastante autónoma y, a pesar de ello, en bastante consonancia con la perspectiva del geriatra, un especialista que no es generalista como en España en el sentido de que muchos están subspecializados y han asumido el manejo de patologías que, a día de hoy, en España, sería impensable que no manejaran otros especialistas como la insuficiencia cardiaca, el ictus o la osteoporosis.

Retomando la infraestructura de la especialidad, es muy llamativo el soporte de la misma a nivel de la comunidad, con una tendencia creciente a pasar del cuidado intermedio al cuidado en la comunidad, tratando, a través de todos los programas de intervención vigentes, tanto preventivos como de actuación una vez se ha detectado la existencia de síndromes geriátricos, de mantener al paciente geriátrico, como dije anteriormente, no a aquél mayor de 65 años, sino al pluripatológico, polimedicado y frágil, el mayor tiempo posible en la comunidad y en las mejores condiciones posibles.

Por lo anteriormente descrito, me pareció como si se tratase de dos especialidades distintas, la española de la británica, la española muy lejos de alcanzar a la británica pero, al menos, tuve la oportunidad de conocer hasta dónde se puede evolucionar, ya que allí nos llevan 33 años de ventaja, y hacia donde deberíamos evolucionar dado el envejecimiento progresivo de la población sobre todo a expensas de los ancianos más ancianos, y de la aparición, de forma concomitante, de enfermedades antes relevadas a los más mayores, cada vez en pacientes más jóvenes y, por tanto, un aumento de la proporción del tipo de paciente geriátrico.

La base de todo lo anterior, se encuentra en el “National Service Framework for Older People”, un plan lanzado en el 2001, a 10 años, basado en las necesidades clínicas y no en la edad, que identifica, a raíz del envejecimiento de la población, cada vez más a expensas de los ancianos más ancianos, que pasan de ser considerados como carga a valor básico y fundamental de la sociedad, los principales hándicaps en el manejo de nuestro tipo de paciente y las principales patologías discapacitantes (ictus, caídas y demencia) y establece una serie de estándares y metas específicos a conseguir y, cuya consecuencia, es toda la estructura descrita así como la efectividad de la misma, con los principales pilares de evitar el ageísmo y el cuidado individualizado.

Por último, decir que, además de la gran experiencia que me ha supuesto esta oportunidad en lo profesional, lo ha hecho también en lo personal ya que he tenido la oportunidad de conocer otro país, otra cultura y otro sistema sanitario así como otra forma de hacer geriatría, a través de una inmersión completa haciendo lo que más me gusta: el cuidado del paciente geriátrico.

Y, por todo ello, y por último, agradezco a la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, la ayuda económica concedida para poder afrontar la experiencia referida.

Atentamente,

María Moral.