



PAPEL DE LA GERIATRÍA EN LA COORDINACIÓN CON EL MEDIO RESIDENCIAL

INTRODUCCIÓN

La pandemia por COVID-19 ha sido especialmente agresiva con la población mayor y está teniendo unos efectos devastadores en las personas mayores más vulnerables, aquellas que viven en residencias. La necesidad de actuar de forma urgente para intentar controlar la pandemia y dar asistencia a las personas mayores que viven en residencia, ha puesto de manifiesto, de forma evidente, las múltiples y serias carencias de las que adolece el sistema. Estas carencias eran conocidas desde hace años, pero su abordaje era un tema eternamente pospuesto. Ahora, en situación de crisis y emergencia, se han hecho más patentes y hacen inaplazable la búsqueda de soluciones reales e inmediatas.

En este sentido, desde la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, nos sentimos interpelados y nos planteamos cuál es el papel de la Geriatria en la mejora de la asistencia sanitaria de las personas mayores que viven en el medio residencial.

Pensamos que, antes de pasar a concretar el papel de la Geriatria en la coordinación con residencias, son necesarias unas reflexiones sobre el planteamiento de fondo.

1. El lugar que le corresponde a la Geriatria es prioritariamente el hospital y ese es el lugar en el que hay que reforzar la atención geriátrica. Es en la actividad asistencial en el hospital (Unidad de Agudos, Unidad de Ortogeriatría y Unidades de Recuperación Funcional) donde la Geriatria ha demostrado mayor beneficio clínico y en términos de gestión. Sin duda los Geriatras tenemos un papel relevante en la coordinación asistencial con Atención Primaria y con las residencias de personas mayores, pero es importante subrayar que el papel es de coordinación, no de sustitución.

Cada residente, como el resto de los ciudadanos, tiene asignado un Médico de Familia que es el responsable de su atención sanitaria comunitaria. Si por disfunciones del sistema, que no por falta de interés a implicación de los profesionales, esta atención no es como debería ser, es preciso abordar el problema en su raíz y dotar de los recursos y de la planificación necesaria a los profesionales de Atención Primaria. De otro modo el déficit de atención por parte de Atención Primaria se acentuará perpetuando y agravando el problema.

Los Geriatras no somos ni debemos ser tutores ni supervisores de los Médicos de Familia ni de los Médicos de las residencias. Nuestro papel es de consultores y/o coordinadores.

2. Para poder plantear un modelo de coordinación con residencias es importante conocer bien de qué estamos hablando. Las residencias no son entidades homogéneas: ni en el número de residentes, ni en su titularidad (públicas, privadas, públicas de gestión privada), ni en sus recursos materiales y humanos ni en la atención sanitaria que pueden dispensar. Por tanto, el primer requisito para plantear un modelo de coordinación con Residencias solvente, como ya se planteó en el Plan Estratégico de Geriatria 2011-2015 y ha quedado especialmente patente en esta pandemia COVID-19, es la realización de una categorización o clasificación de las residencias.

El modelo residencial actual tiene muchos déficits. Habrá que conocerlos, analizarlos y abordarlos. Poner parches con recursos hospitalarios no sólo no los va a arreglar sino que los acrecentará. Es imprescindible:

- Conocer y mejorar la dotación de personal sanitario en residencias de acuerdo al porcentaje de residentes con discapacidad y/o demencia.
- Mejorar la formación del personal sanitario de residencias.
- Evaluar los criterios para dar licencia de apertura a residencias.



- Evaluar el funcionamiento de las inspecciones, los criterios utilizados y su frecuencia.
- Definir competencias especialmente en las residencias de titularidad privada y públicas de gestión privada para que un trabajo de coordinación y colaboración con Geriatria hospitalaria no se acompañe de una reducción del personal sanitario contratado por la residencia (concretamente Médicos).

EXPERIENCIA EN LA PANDEMIA COVID 19 EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Este documento surge en el contexto de la experiencia vivida durante la pandemia COVID-19. Nos referimos a continuación de forma específica a la experiencia en la Comunidad de Madrid por ser una de las Comunidades Autónomas más castigadas. Por eso, antes de dar pasos hacia la implantación de un modelo de coordinación, es importante hacer un análisis exhaustivo sobre “el modelo” de coordinación con el que hemos trabajado en la pandemia COVID-19. En este modelo se ha creado la figura del Geriatra de enlace que, como su propio nombre indica, era una figura de conexión entre las residencias y el hospital.

Dado el desarrollo que la pandemia ha tenido en los últimos dos meses en la Comunidad de Madrid, es necesario hacer una reflexión serena sobre aquellos mecanismos que han fallado. Si bien esta reflexión debería ser una práctica habitual de todos los sistemas de gestión, en este caso, nos centraremos en aquellas áreas que han afectado a la atención del paciente institucionalizado de las que hemos tenido conocimiento los Geriatras.

Durante este tiempo, hemos observado algunos problemas de forma recurrente en el abordaje de la pandemia y que han podido contribuir a la cifra tan elevada de muertos que se han producido. Desde los primeros días tuvimos claro que la estructura de un plan de atención al paciente institucionalizado se basaba en 5 puntos: equipos de protección individual (EPIs), realización de pruebas diagnósticas, coordinación de la asistencia sanitaria con Atención Primaria, derivaciones a hospitales y medicalización de los centros. Del mismo modo alertamos de que, en caso de que fallase alguno de estos puntos, sería muy difícil el manejo en las residencias. Como comentaremos a continuación, desgraciadamente han fallado los cinco puntos:

- **EPIs.** La falta de equipos de protección individual provocó la diseminación de la infección y un incremento muy importante de bajas laborales dentro del personal, lo que a su vez originó un problema mayor, empeorando significativamente la atención al paciente mayor de residencia. La falta de equipos no fue un problema exclusivo de las residencias, pero la desinformación acerca de los circuitos, la falta de conocimiento de los EPIs necesarios para cada actividad en los centros y las permanentes promesas de llegada de equipos, empeoraron el problema.
- **Realización de pruebas diagnósticas.** Desde Salud Pública ha habido una falta evidente de implicación e intervención en el medio residencial. Las pruebas diagnósticas han llegado tarde, sin equidad y sin coordinación. Todo ello ha hecho muy difícil el correcto aislamiento y sectorización de las residencias, punto clave para el control de la pandemia.
- **Derivaciones a hospitales.** El circuito establecido para gestionar las derivaciones de residentes al hospital en lugar de suponer una ventaja y una mejora del modelo de atención ha supuesto en ocasiones una discriminación del paciente mayor institucionalizado frente al paciente mayor que vive en domicilio. Las dificultades para los traslados planteadas por los servicios de emergencias en el momento de colapso de los mismos y de los hospitales, los cambios de criterio, y la falta de coordinación, lo han puesto en evidencia.



- **Medicalización de los centros.** Se entiende por medicalización, no solo la mera presencia de un Médico y Enfermeras, sino la disponibilidad del material necesario para prestar la asistencia sanitaria al residente que lo necesite: oxígeno, vías, sueros, antibióticos, morfina, midazolam, etc... así como la formación para utilizar los recursos que precisa un paciente con patología aguda, siendo básico contar con personal formado, ratios de personal/número de residentes adecuados y capacidad estructural y organizativa de la residencia para hacerlo. La situación ya de por sí deficitaria de algunas residencias se agravó con la desestructuración de la atención primaria. El intento de medicalizar en un tiempo récord algunas residencias que no cumplen los requisitos mínimos para ello, no ha sido acertado y la presencia de personal del hospital para cubrir todas estas necesidades era inviable.
- **Coordinación de la asistencia sanitaria con Atención Primaria.** Esta crisis ha acentuado las dificultades a las que se enfrenta Atención Primaria para poder dar la asistencia sanitaria que les gustaría y que merecen las personas mayores que viven en residencia, debido a la falta de tiempo y excesiva carga de trabajo en tiempos ordinarios y, en la pandemia, por falta de coordinación y planificación y porque se han considerado prioritarias otras acciones para que las llevaran a cabo los médicos de familia.

Es preciso reflexionar sobre este “modelo” de coordinación con el que hemos trabajado en la pandemia COVID-19 para aprender de los errores y no volver a cometerlos.

PAPEL DE LA GERIATRÍA HOSPITALARIA EN LA COORDINACIÓN CON EL MEDIO RESIDENCIAL

Desde la SEGG consideramos que el papel de la Geriatria hospitalaria en la coordinación residencial es fundamental, porque aporta calidad a la asistencia mejorando la vida de las personas que viven en residencia y contribuye a mejorar la gestión de recursos.

Dada la enorme heterogeneidad del mundo residencial y la gran variabilidad de la dotación de los servicios de Geriatria en los hospitales, para hacer un plan de coordinación con residencias debemos tener en cuenta, tanto las características de las residencias, como las de los servicios de Geriatria:

- El número de residencias a coordinar existiendo una gran variabilidad entre áreas (entre 10 y 60).
- El número de residentes en cada residencias (entre 30 y 400).
- La dotación de personal asistencial al cargo de las residencias (Médico cualificado 24h x 7 días o unas pocas horas a la semana).
- La dotación de personal de los Servicios de Geriatria del hospital (entre 2 y 12 Geriabras)
- La dotación de recursos asistenciales del Servicio de Geriatria (presencia o no de camas de agudos, consulta externa, etc.).

1. Objetivos de la coordinación

Objetivo general:

Optimizar la atención sanitaria al anciano institucionalizado mediante una adecuada utilización de los recursos disponibles en la residencia, atención primaria, especializada y hospitalaria, facilitando la comunicación de las residencias del área con el hospital, con el fin de obtener una mejor calidad de vida de los residentes.



Objetivos Asistenciales:

- Adecuar las derivaciones al servicio de urgencias desde la residencia.
- Optimizar el número de pacientes que regresan a la residencia desde el servicio de Urgencias en menos de 48 horas.
- Optimizar el porcentaje de ingresos hospitalarios de los pacientes remitidos a urgencias desde la residencia.
- Disminuir la estancia media hospitalaria de los pacientes ingresados, facilitando el regreso a su residencia lo antes posible.
- Racionalizar el número de derivaciones desde la residencia a CCEE/centros especialidades, evitando duplicidad de consultas.
- Ofrecer consultas unificadoras en Geriátrica evitando que el paciente sea visto por múltiples especialistas.
- Provisión de medicación de uso hospitalario, cuando proceda.
- Facilitación de trámites burocráticos: colocación de gastrostomía, gestión de consulta preferente con otros especialistas, gestión de pruebas diagnósticas, etc...

Objetivos docentes:

- Facilitar la formación y actualización del personal de la residencia (Médicos, personal de Enfermería, etc) mediante programas docentes específicos dirigidos a grupos de residencias, en el propio hospital o en la residencias.
- Facilitar estancias formativas y rotaciones del personal de la residencia en diferentes niveles asistenciales de los servicio de Geriátrica.
- Protocolizar el manejo de las patologías más prevalentes y síndromes geriátricos: ICC, EPOC, caídas, cuadro confusional agudo, desnutrición, etc...

Objetivos de investigación:

Ofrecer la posibilidad de incluir al medio residencial en programas específicos de investigación.

2. Población diana:

Los pacientes que pueden beneficiarse de esta coordinación serán identificados, tanto en el hospital, como en la propia residencia. Principalmente, el programa de coordinación se dirigirá a aquellos residentes en las siguientes situaciones:

- Cualquier paciente cuyo manejo sea complejo y genere dudas al personal sanitario de la residencia.
- Altas hospitalarias recientes.
- Frecuentadores del servicio de urgencias.
- Reingresadores en el hospital.
- Alta frecuentación de consultas a múltiples especialistas.
- Deterioro funcional/cognitivo.
- Susceptibles de tratamiento paliativo y mal control sintomático.

3. Áreas de desarrollo de la actividad asistencial:

Esta coordinación puede desarrollarse mediante:

1. Teleconsulta (telefónica, e-mail, videoconsulta).

- Para comentar casos que el Médico de la residencia se plantea derivar al hospital (Urgencias o consulta externa).



- Gestión de resultados de pruebas hospitalarias (urocultivos, analíticas, pruebas de imagen).
 - Apoyo en la conciliación de la medicación.
 - Informes para material ortoprotésico, informes nutricionales y visados de fármacos.
 - Valoración de la evolución de las úlceras por presión.
2. **Consulta programada preferente:** aquellos pacientes que tras el contacto con la residencia, se considera necesario realizar una valoración presencial en el Hospital. Los pacientes son citados de manera preferente para ser valorados en el menor tiempo posible. Pueden ser valorados en consulta, hospital de día o en el recurso que se considere más adecuado.
3. **Servicio de Urgencias:** Valoración en el Servicio de Urgencias de aquellos ancianos derivados desde las residencias con los objetivos de:
- Disminuir la estancia en Urgencias haciéndola más eficiente.
 - Si el cuadro clínico lo permite, evitar el ingreso facilitando medicación que puede ser administrada en la residencia.
 - Si el paciente requiere ingreso hacerlo en las camas de agudos del servicio de Geriatria, si la patología así lo aconseja, para asegurar la continuidad de cuidados.
4. **Unidades de hospitalización:** Para facilitar la continuidad de cuidados de aquellos pacientes provenientes de residencias que están ingresados en los distintos Servicios del Hospital. La coordinación puede solicitarse desde los propios servicios o desde la residencia.

4. **Recursos:**

Personal:

El equipo básico debe estar compuesto por un Médico Geriatra y una Enfermera consultora con formación en Geriatria. Además, puede contemplarse la colaboración de otros profesionales (Trabajo Social, Medicina Física, etc). El número y la implicación de los profesionales dependerá de la actividad que se pretenda realizar.

Materiales:

- Teléfono para contacto de las residencias con el equipo hospitalario con horario (horas al día y días de la semana) a determinar en función de la actividad que se pretenda realizar.
- Ordenador con acceso a la historia clínica.
- Local para consulta preferente/hospital de día.

La necesidad de recursos personales como hemos dicho previamente dependerá de las características del servicio de Geriatria, del hospital y de las residencias con las que se establecerá la coordinación. Consideramos que las necesidades que se han puesto de manifiesto durante la pandemia no son un buen punto de partida para dimensionar las necesidades reales fuera de la crisis puesto que algunas de ellas deben ser corregidas, como ya se ha comentado, reforzando la Atención Primaria, reforzando el personal asistencial de las propias residencias y realizando la categorización del medio residencial.