

ACTIVIDADES EFECTUADAS EN LA ROTACIÓN LIBRE INTERNACIONAL

ALEJANDRA CÉSPEDES DIEGO

Mis dos meses de rotación externa en la Unidad de Fragilidad y Cuidados Paliativos en Toulouse fueron una experiencia muy enriquecedora a la par que impactante. Sin poder perder de vista los extremos como rama de la especialidad de Geriátrica elegidos para efectuar la misma.

El mes de Febrero en el Hospital de Día de evaluación de la Fragilidad y prevención de la Dependencia fue el primer contacto con Sistema Sanitario del país.

El Sistema Sanitario francés tiene un modelo de financiación mixto, es decir, tanto público como privado. El gobierno participa a través de contribuciones sociales mientras que las personas físicas y las empresas aportan financiación con opción a reembolso a través del seguro de salud obligatorio. Existe libre elección de médicos para los pacientes, tanto de atención primaria como hospitalaria, así como el hospital en el que se desea ser atendido.

Como médica residente del Sistema Sanitario español, el tipo de pacientes y la atención ofrecida fue un choque cultural. Sin embargo lo más llamativo, debido a lo diferente de nuestro sistema, fue el aflujo de pacientes por día y el ratio de los mismos por médico.

El horario laboral es de 9 horas a 18 horas, con aproximadamente una hora de pausa para comer.

El ritmo de trabajo más pausado en comparación con lo que acostumbramos, me ha proporcionado un espacio para una reflexión e investigación más profunda y activa en el proceso de aprendizaje, pudiendo dedicarle más tiempo a las diferentes patologías y actuaciones médicas así como al estudio de los protocolos locales y la profundización en la investigación.

FEBRERO DE 2024

El Hospital de Día de Fragilidad del Hospital “La Grave” cuenta con cinco boxes o cabinas, una para cada paciente y día. Existe un médico adjunto responsable y entre uno y tres residentes por día, además de una enfermera en formación especializada.

Para la evaluación global de la fragilidad, además, cuentan con: neuropsicóloga, nutricionista, enfermera especializada, optometrista y farmacéutica. Estas tres últimas figuras evalúan siempre, junto con el médico y/o residente, la demanda o demandas del paciente. A continuación y, en

función de lo que por criterio médico se considere oportuno, se realiza una evaluación exhaustiva psicológica, nutricional o de ambas entidades.

El objetivo del día para el paciente es evaluar la fragilidad y proponer intervenciones centradas en el cuadro de un proyecto personalizado de prevención de dependencia así como una reevaluación anual a más tardar.

Muchos pacientes eran derivados por su médico de familia o citados tras una demanda de un familiar con un estado de alarma en relación a alguna pérdida de capacidad del usuario así como por una autodemanda del propio paciente. También eran detectados aquellos participantes en el programa ICOPE. Se trata de un programa de cuidados integrados adaptados para mayores de 60 años, aprobado por la Organización Mundial de la Salud tras la evaluación de capacidades físicas y mentales, previa realización de un despistaje para un abordaje adecuado.

En una primera visita, realizaba una identificación completa del paciente:

- Datos fiscales
- Historial clínico con ECG y analítica básica extraída el mismo día de la consulta con perfil vitamínico y hormonal
- Médico especialista de familia de referencia, médicos especialistas de atención hospitalaria de seguimiento
- Nivel de estudios y profesión ejercida
- Modo de vida: estado marital, tipo de vivienda, propio o arrendado, distribución del domicilio, compañeros de vivienda, persona representante, cuidador principal de algún próximo, conducción habilitada ...
- Tratamiento habitual
- Tratamiento no médico prescrito (fisioterapeuta, enfermera a domicilio, ayuda domiciliaria...)
- Allocation Personnalisée Autonomie (APA): demandada, concedida, rechazada o no solicitada. Esto es una prestación pública a personas mayores de 60 años que que presentan una pérdida de autonomía y necesitan ayuda para realizar actividades básicas diarias.
- Estado de salud percibido por el paciente
- Actividad social y cultural así como grado de realización: viajes, salidas a restaurantes, tiempo en familia, lectura, cine, música, actividades físicas ...
- Localizar las demandas del paciente por un lado y de su familiar por el otro.

A partir de aquí, comenzaba el examen clínico con:

- Evaluación del índice de Barthel para actividades básicas de la vida diaria y de Lawton para actividades instrumentales.
- Evaluación de la incontinencia urinaria: poliuria, polaquiuria, nicturia,

síndrome urinario, uso de protecciones ... determinando la necesidad de evaluación por un médico especialista tras descartar patología neurológica, alteración concomitante de la marcha, estreñimiento, infección de orina realizando un examen de ser necesario, bebidas o alimentos diuréticos (café, alcohol...), patología conocida (HBP, prolapso...).

- Evaluación del sueño: insomnio de conciliación, insomnio de mantenimiento, horas medias de sueño nocturno, realización de siesta, pesadillas frecuentes, inversión del ritmo sueño-vigilia, sensación de somnolencia diurna, fatiga diurna, exploración de apneas del sueño, roncador/a. Si existen dudas, se evalúa con la escala de Epworth para cuantificarlo.
- Capacidades sensoriales: siendo la visual realizada por la optometrista y la auditiva por el médico adjunto o residente o la enfermera especialista o en formación de especialidad. Este sentido se evaluaba con el screening de Hearing Handicap Inventory for the Elderly (HHIE-S), que tiene un score máximo de 40 puntos con un handicap ligero a moderado entre 10 y 22, siendo por debajo de esta puntuación no valorado y, por encima, significativo, siendo necesaria su derivación a un especialista.
- Evaluación de la depresión: con la Geriatric Depresión Scale (GDS), que consta de 15 ítems que evalúan la esfera anímica con un total de 15 puntos, siendo un score > 5 una depresión probable y un score > 10 una depresión altamente probable.
- Evaluación cognitiva: antecedentes familiares de enfermedad de Alzheimer, quejas cognitivas referidas por el paciente, evaluación Memory Impairment Screen (MIS) y MIS-D con recuerdo inmediato y recuerdo diferido, MMSE o MoCA si el paciente presenta Enfermedad de Parkinson.
- Evaluación del estado de salud buco-dental con el cuestionario OHAT, que evalúa labios, lenguas, mucosa gingival, saliva, dentición, prótesis, higiene bucal y dolor. Se evalúa con un score total de 16, siendo a mayor puntuación mayor indicación de derivación a un dentista y/u odontólogo.
- Evaluación nutricional: con el Mini Nutritional Assessment (MNA), medidas antropométricas y encuesta alimentaria.
- Exploración física general con constantes vitales y evaluación del dolor.
- Exploración de la marcha con antecedentes de caída y miedo a caer. Evaluación del Short Physical Performance Battery (SPPB)

Tras esta exploración, se determinaba la necesidad de una evaluación

cognitiva y/o nutricional específica, es decir, con intervención por parte de la neuropsicóloga y la nutricionista que esclareciesen la orientación del diagnóstico. Respectivamente, en función de dificultades mentales, emocionales o conductuales evaluando las funciones cognitivas así como la dieta y el estado nutricional para diseñar planes nutricionales personalizados, pudiendo brindar educación en la alimentación y asesoramiento para alcanzar objetivos de salud.

A continuación, era realizada una reunión multidisciplinar que enfocase el despistaje de una fragilidad a través de una síntesis de todos los dominios evaluados. Así, se concluía la necesidad de iniciar pruebas complementarias que pusiesen nombre a un diagnóstico de sospecha iniciando desde el primer momento un plan de actuación para abordar las esferas afectadas.

Las conclusiones de la evaluación eran:

1) Identificar una problemática médica:

- Problema cognitivo: enfermedad de Alzheimer, deterioro vascular, mixto, ...
- Síndrome depresivo u otra alteración en la esfera psicológica
- Alteración nutricional: desnutrición, malnutrición, obesidad
- Alteraciones visuales
- Alteraciones auditivas
- Problemas de sueño
- Mal estado buco-dental
- Incontinencia urinaria
- Otras comorbilidades conocidas
- Presencia de una anomalía que necesite un examen complementario al examen clínico
- Aislamiento social
- Sedentarismo
- Caídas
- Otras

2) Proponer una consulta especializada: ORL, oftalmólogo, urólogo, dentista, psicólogo o psiquiatra, logopeda, seguimiento geriátrico en un cuadro de patología cognitiva, estudio del sueño ...

3) Proponer modificaciones terapéuticas al médico de familia y consensuar en común las modificaciones:

- Parar un tratamiento inapropiado
- Adaptar una posología
- Introducir un nuevo tratamiento
- Pautar vacunaciones

4) Proponer pruebas complementarias:

- Imagen cerebral: RMN, TC
- Punción lumbar
- Ecografía cardíaca
- Densitometría ósea
- Radiografía / Escáner de otra localización que no sea cerebral
- Otros

5) Proponer implementar ayudas a domicilio:

- IDE: enfermera a domicilio
- Técnico auxiliar de enfermería
- Ayuda para las tareas del hogar
- Comida a domicilio
- Telealarma
- APA: ayuda para personas dependientes mayores de 60 años, mencionada previamente
- DAC - 31: dispositivo sanitario de apoyo a la coordinación entre profesionales que acompañan y atienden al paciente en el domicilio, sea cual sea su edad, patología o handicap.

6) Intervenciones nutricionales:

- Consulta dietética:
- Motivo: desnutrición, sobrepeso, prevención de la desnutrición, nutrición enteral
- Objetivo: peso, atención, mantenimiento, pérdida, aporte calórico, aporte proteico.
- Recomendaciones: adaptación de la alimentación, enriquecimiento, suplementación nutricional oral
- Educación de la salud para cuidadores
- Consulta de nutrición especializada por motivo de: desnutrición severa, nutrición artificial, paciente oncológico, valorar riesgos y beneficios, obesidad.

7) Intervenciones de actividad física/cultural:

- Fisioterapeuta
- Actividades deportivas grupales
- Ejercicios en domicilio
- Medicina del deporte hospitalaria
- Proposición de actividades culturales
- Revaluación de permiso de conducir por médico especializado

Finalmente, el paciente finalizaba la consulta en el hospital de día con el diagnóstico de:

- Robusto: no cumple criterios de fragilidad
- Prefrágil: si presenta uno o dos puntos con los criterios de fragilidad de Fried
- Frágil: si cumple más de dos puntos

La puntuación de esta clasificación se evalúa sobre cinco y los ítems a evaluar son:

- Pérdida de peso involuntaria con la pregunta siguiente: “en el transcurso de un año ¿ha perdido usted más de 5 kg de peso de manera involuntaria?. Si la respuesta es afirmativa, un punto.
- Cansancio subjetivo con las preguntas: En el transcurso de la semana pasada, “¿cuántas veces ha sentido que todo lo que realizaba le suponía un esfuerzo?”, “¿cuántas veces ha pensado que no puede seguir adelante?”. Las opciones raramente o a veces (<2 días), no eran puntuables. Sin embargo, a menudo (3-4 días) o la mayor parte del tiempo, para al menos una de las dos preguntas, eran evaluadas con un punto.
- Fuerza prensora medida con un dinamómetro. Un punto si:
 - Para las mujeres: IMC menor o igual a 23 y fuerza menor o igual a 17 kg
IMC entre 23.1 y 26 y fuerza menor o igual a 17.3 kg
IMC entre 26.1 y 29 y fuerza menor o igual a 18 kg
IMC mayor de 29 y fuerza menor o igual a 21 kg
 - Para los hombres: IMC menor o igual a 24 y fuerza menor o igual a 29 kg
IMC entre 24.1 y 28 y fuerza menor o igual a 30 kg
IMC mayor de 28 y fuerza menor o igual a 32 kg
- Velocidad de la marcha medid en 4 metros. Un punto si:
 - Para las mujeres: talla menor o igual a 159 cm y velocidad mayor o igual a 6 segundos
talla mayor a 159 cm y velocidad mayor o igual a 5 segundos
 - Para los hombres: talla menor o igual a 173 cm y velocidad mayor o igual a 6 segundos
talla mayor a 173 cm y velocidad mayor o igual a 5 segundos
- Actividad física con la pregunta: “¿cuál es su nivel actual de actividad física?” Siendo asignado un punto si no realiza ninguna actividad o realiza actividades de intensidad ligera como pasear o aquellas que no provocan

sudoración ni habla entrecortada.

Tras una jornada completa con dicha evaluación, el paciente era revaluado en una segunda visita una vez realizadas las pruebas complementarias en el caso de necesitarlas o, de lo contrario, a los 3, 6 o 12 meses con la misma minuciosidad descrita. Eso sí, centrándonos en revisar los beneficios implementados en la primera visita y la necesidad de iniciar otros nuevos en caso necesario.

Así finalizó el primer mes de mi estancia en Toulouse, con el bagaje cultural, el aprendizaje del funcionamiento de un sistema sanitario totalmente diferente y la integración de las distintas prácticas y enfoques médicos.

Como puntos claves integrados puedo concluir que el diagnóstico de fragilidad permite predecir el riesgo de pérdida de autonomía, caídas, institucionalización, hospitalizaciones de 1 a 3 años y muertes.

Se propone como campo de actuación a las personas mayores de 70 años que no tienen una patología grave, sin dependencia severa y con la evaluación de una herramienta tan alcanzable a todo el mundo como son los criterios de Fried, sencillos, sensibles y validados, estando demostrados estos ser el mejor estudio de riesgo de entrada en todas las esferas de la dependencia.

Podemos decir que reversión de la fragilidad es la primera etapa de la planificación de intervenciones de prevención de un plan de cuidados personalizado.

MARZO DE 2024

Mi segundo mes en Francia corrió de la mano de los Cuidados Paliativos y, a pesar de tener más experiencia a nivel profesional en este ámbito, no dejó de ser una formación súper enriquecedora.

Los Cuidados Paliativos son una atención para mejorar la calidad de vida de los pacientes, familiares y cuidadores de problemas ligados a enfermedades potencialmente mortales. Estos previenen y atienden el sufrimiento gracias a un reconocimiento precoz y una correcta evaluación y tratamiento de sintomatología que atañe a dichas enfermedades de forma médica, física, psicológica, social y espiritual. Estos cuidados van de la mano de equipos que se organizan de forma multidisciplinaria y comprenden:

- Médico especialista
- Enfermera especialista
- Familiares y próximos
- Psicólogo

- Asistente social

Según el deseo del paciente y la capacidad del entorno, la atención en Cuidados Paliativos se puede hacer en una institución o en el domicilio o vivienda habitual (residencia, centro de larga/media estancia ...). Existe una coordinación para una atención integral y continuada independientemente del lugar en el que se encuentre el paciente.

En Francia, existen tres tipos de estructuras de Cuidados Paliativos a nivel institucional:

- 1) Unidades de Cuidados Paliativos (USP): hospitalización de unas 10 camas con una atención por un tiempo limitado. Se trata de camas dedicadas totalmente a la práctica de cuidados paliativos y acompañamiento. Es por ello que están adaptadas para lo mismo con raíles en el techo para la movilización del paciente y la estimulación de la autonomía en la medida de lo posible; baños espaciosos adaptados a las distintas y posibles discapacidades, opción de acompañamiento psicológico y espiritual... Estas camas están reservadas para las situaciones más complejas y/o graves que precisen una atención médica y enfermera las 24 horas.
- 2) Los equipos móviles de Cuidados Paliativos (EMSP): atención global (aporte de ayuda, sostén, escucha activa, consejos y educación sanitaria) al paciente y al entorno familiar en lo que concierne al dolor y otros síntomas, con acompañamiento bio-psico-social.
- 3) Camas identificadas en cuidados paliativos, oficialmente llamadas atención identificada fuera de hora en USP: camas cercanas al servicio de USP. Permiten un vínculo entre el domicilio y los establecimientos de referencia. Estas camas permiten asegurar una salida de los pacientes del domicilio.

Dos tipos de dispositivos permiten este trato:

- 1) Los servicios de Hospitalización a domicilio, que dependen de una estructura hospitalaria. Esta entidad permite la participación de profesionales "liberales" mantener al paciente en su vivienda habitual.
- 2) Las redes de cuidados paliativos coordinadas con otras estructuras para mantener el vínculo con profesionales que se hagan cargo del paciente, participando activamente en mantener al paciente en su domicilio en las mejores condiciones posibles.

A pesar de que la edad comprendiese desde los 16 años, la unidad de Cuidados Paliativos dependía públicamente del Servicio de Geriátrica, siendo una gran parte de la carga asistencial pacientes mayores de 65 años.

Como hemos visto previamente, la unidad de hospitalización de agudos cuenta con 10 camas atendidas por: un médico adjunto, dos médicos residentes y dos

enfermeras especializadas. La distribución de los pacientes se hace de la siguiente forma: se ocupan camas por prioridad de gravedad y cuando la capacidad se completa, se hace una lista de espera para que los pacientes sean atendidos a medida que vaya habiendo capacidad. Todos los pacientes que ingresan en esta unidad son pacientes ya conocidos por la USP.

Durante la hospitalización pude ver patologías muy variadas. Pero, sobretodo, actuaciones muy diferentes de acuerdo con las voluntades de los pacientes. Tal y como indiqué previamente, los pacientes ingresados son aquellos que, de forma aguda, han sufrido un cambio de su patología crónica y, en algunas situaciones, tienen claro cuáles son sus voluntades anticipadas, pudiendo ser revocadas en cualquier momento. Sin embargo, en otras muchas, es un tema a debatir.

Para adecuar un esfuerzo terapéutico, bien sea limitando la hidratación y nutrición o bien iniciando una perfusión de sedación así como cuando el deseo del paciente no está de acuerdo con una actuación médica de beneficencia, se procede a la realización de una Reunión Colegial. Esto, es un concierto impuesto por la ley en situaciones específicas al final de la vida. Permite realizar una reflexión colectiva al reunir a diferentes profesionales sanitarios de diferentes disciplinas para evitar que situaciones de obstinación irracional se produzcan o se prolonguen en el tiempo, así como evitar una decisión médica solitaria o arbitraria. Para llevarla a cabo el médico referente debe saber cuál es el deseo del paciente y solicitar la demanda señalada a, al menos, otro médico de otro servicio u hospital, y un consultante externo. El médico referente debe organizar dicha Reunión con todo el equipo que lo atiende y se debe desglosar en cuatro etapas:

- Transmisión y atención del conocimiento de las voluntades del paciente
- Análisis de la situación en vista a criterios médicos
- Confrontación de puntos de vista
- Búsqueda de alternativas eventuales

Después de la Reunión, la decisión final pertenece al médico que en el momento actual se encarga de los cuidados y atenciones del paciente. Tanto los testimonios recogidos como los argumentos emitidos en el curso de la Reunión Colegial, son escritos en el dossier médico del paciente. El médico informa a la persona representante del paciente, en caso de que esta figura exista, al mismo paciente, la familia y las personas allegadas, la decisión y los motivos de la misma. No necesariamente se llega a un consenso, es un procedimiento colegial de una decisión común pero, como hemos visto, existe una figura que tiene la decisión final.

La decisión sedativa profunda y continua se aplicó en tres situaciones de

acuerdo con la legislación vigente:

- Paciente con capacidad de decidir sus deseos en situación de una afectación grave e incurable, con pronóstico infausto a corto plazo con un sufrimiento refractario a tratamiento médico.
- Paciente con capacidad de expresar su voluntad con una enfermedad grave e incurable que solicita suspender tratamiento comprometiendo su pronóstico vital a corto plazo siendo susceptible de experimentar un sufrimiento insoportable.
- Paciente sin capacidad de decidir sus deseos y voluntades, con mantenimiento de vida de forma artificial y decisión médica de suspenderlos sin que el paciente sufra.

Existe así mismo un equipo móvil de Cuidados Paliativos (EMSP) para dar apoyo especializado al conjunto de cuidadores y profesionales que atienden en ese momento al paciente. El papel ejercido en este equipo fue a nivel tanto hospitalario, por los diferentes hospitales y servicios de la zona, como establecimientos médico-sociales o incluso domiciliarios.

Es un desplazamiento a la demanda de personas enfermas y su entorno para intervenir en los diferentes modos de cuidados y de vida. Entre otras funciones, existe la de sensibilizar a los profesionales y dar formación de diferentes intervenciones en Cuidados paliativos y en acompañamiento al final de la vida.

También pude formar parte del Dispositivo de Apoyo a la Coordinación (DAC). Se trata de un elemento fundamental de información, orientación y soporte a la población y a profesionales sanitarios para el acompañamiento de personas enfermas en situaciones complejas en un contexto paliativo.

Lo interesante y bonito de esta amplia red de atención integral al paciente es la oportunidad concedida de poder ver las diferentes herramientas de actuación y ayuda para ofertar una calidad de vida en últimas fases de enfermedad.

Un breve resumen de los procedimientos visualizados y realizados durante estos dos meses detallados previamente incluiría:

- Coordinación de equipos domiciliarios para atención integral
- Coordinación de equipos domiciliarios para control sintomático
- Entrevista con paciente y familiares
- Evaluación individualizada de pacientes con fragilidad a nivel funcional, cognitivo, nutricional, sensorial y/o social

- Diagnóstico de paciente frágil en cualquiera de sus esferas
- Recomendaciones de intervención a nivel multidisciplinar para revertir la fragilidad / pro-fragilidad o, en la medida de lo posible, evitar su progresión a un estado de dependencia
- Intervención nutricional
- Evaluación neuropsicológica
- Evaluación psicológica a paciente y familiares
- Intervención farmacológica y no farmacológica como sugerencia al médico de atención primaria
- Prescripción de fármacos y soporte profesional a domicilio
- Reunión multidisciplinar para toma de decisiones conjunta a nivel de actuación e intervención
- Reunión multi e interdisciplinar para toma de decisiones al final de la vida
- Reunión Colegial para toma de decisiones al final de la vida
- Punción lumbar
- Interconsultas de pacientes paliativos a cargo de otras especialidades
- Atención a domicilio de pacientes paliativos
- Sedación paliativa
- Asistencia a sesión clínica sobre desnutrición por nutricionista especializada

Como colofón de estos dos meses de rotación externa internacional en un país con Unidades de referencia, puedo concluir que el intercambio de intervenciones y decisiones a tomar entre los distintos compañeros y pacientes ha ampliado mi perspectiva de trabajo a nivel laboral y de mentalidad a nivel personal, pudiendo comprender de una forma más holística las diferentes formas y planes de actuación, obteniendo una gran cartera de herramientas con los recursos disponibles.