

Rocío Onieva Albañil

R4 Geriatria Hospital Nuestra Señora de Gracia (Zaragoza, España)

Diciembre de 2022

I. SEPTIEMBRE 2022: Servicio de Geriatria del Hospital Clínico San Carlos en Madrid (España)

La idea inicial de la rotación era la de conocer la Unidad de Oncogeriatría, pero la doctora encargada de dicha consulta (Dra. Marta Vigar García) reparte su actividad asistencial durante la semana de esta forma:

- Lunes y miércoles: Oncogeriatría
- Martes y jueves: Cardiogeriatría
- Viernes: ambas

Por lo que, fue una grata sorpresa poder conocer también el funcionamiento de la unidad de Cardiogeriatría.

Además, el servicio de Geriatria del Hospital Clínico San Carlos es muy acogedor y docente, por lo que pude ser partícipe de sus sesiones matinales (bibliográficas, clínicas u organizativas) y del resto de su labor asistencial.

Así, resumiré este mes de septiembre 2022 en tres apartados: Servicio, Cardiogeriatría y Oncogeriatría.

I.1.-Servicio de Geriatria del Hospital Clínico San Carlos

El jefe de servicio, Pedro Gil Gregorio, nos recibió a ambas rotantes externas el primer día, haciendo un pequeño tour por el hospital y por el servicio con un breve resumen de su funcionamiento y los proyectos de investigación que llevan a cabo.

El servicio se divide en dos secciones, con un jefe de sección en cada una de ellas.

A. Hospitalización de Agudos y Convalecencia, Atención Continuada Domiciliaria (Dr. Federico Cuesta Triana).

Cuentan con 37 camas de agudos, aunque requieren de ingresos en otras plantas por el volumen de pacientes, atendiendo unos 1200 pacientes al año aproximadamente, todos ellos de forma multidisciplinar. Es cierto, que considero que el hospital donde me formo tiene una potente planta de hospitalización (tanto de Agudos como de Convalecencia y OrtoGeriatría) por lo que no dediqué ningún día de mi rotatorio a conocerlo de primera mano. No ocurre lo mismo con la Atención Continuada Domiciliaria, sin duda una oportunidad única tanto para el seguimiento tras el alta hospitalaria cuando los pacientes aún se encuentran convalecientes por el proceso agudo que supone la enfermedad que les ha llevado a ingresar como para el control y ajuste de tratamiento de aquellos pacientes dependientes con dificultad para acudir a consulta. Un punto a destacar, es que el equipo que acude a domicilios, está siempre integrado por un residente de Geriatría y por una enfermera especialista en Geriatría, siendo ésta última, una persona clave para el manejo del paciente geriátrico.

B. Consultas monográficas, Hospital de Día (Dr. Carlos Verdejo Bravo).

Las consultas monográficas presentes en el Servicio son:

1. Caídas e inestabilidad
2. Memoria
3. Consulta General

4. Valoración funcional
5. Incontinencia
6. Oncogeriatría
7. Cardiología geriátrica

Lamentablemente, un mes no es tiempo suficiente para conocer el ejercicio asistencial que se realiza en cada consulta, dedicándome solo a las dos últimas que relataré a continuación. Lo que si es cierto, que dada la proximidad en el espacio y el trabajo en equipo sí que tuve la oportunidad de conocer la forma de trabajo de Hospital de Día. Compuesto por un equipo multidisciplinar que trabaja con los pacientes de forma individual y con finalidad de recuperación funcional tanto tras ingreso prolongado como de forma prehabilitadora en pacientes geriátricos candidatos a tratamiento quirúrgico u oncoespecífico.

I.2.-Cardiogeriatría

Los pacientes que acuden a esta consulta pueden ser derivados de otros servicios o tras el alta de la unidad de agudos por un episodio de insuficiencia cardiaca. Siendo el perfil característico de paciente de esta consulta el de un paciente pluripatológico que requiere estrecho control.

La consulta se realiza por la doctora Vigara y una enfermera especialista en Geriatría. La finalidad de ésta consulta es el control óptimo de la patología cardiaca para evitar el reingreso hospitalario y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

La agenda está planificada de forma que durante el día se atiende a 3 pacientes nuevos y 5 revisiones.

En la primera visita se realiza:

- Anamnesis.

- Exploración física con toma de constantes y peso.
- Valoración geriátrica integral.
- Escalas:
 - CIRS (Cumulative Illness Rating Score)
 - FRAIL
 - Handgrip
 - SPPB
- Revisión de pruebas complementarias realizadas (analíticas y ecocardiogramas), solicitando nuevas cuando sea necesario. La extracción sanguínea se puede realizar en el propio Hospital de Día Geriátrico, minimizando así los desplazamientos de los pacientes.
- Optimización del tratamiento de la insuficiencia cardiaca. Además de la triple terapia (betabloqueante, IECA/ARA II y ARM), los pacientes se pueden beneficiar de instaurar tratamiento con sacubitrilo/valsartán o un ISGLT-2.
- Revisión del resto de fármacos prescritos para otras patologías.
- Explicación del funcionamiento de la Unidad. Se explica al paciente y cuidador los síntomas de alarma de insuficiencia cardiaca (aumento de peso, disminución de diuresis, aparición/aumento de disnea y/o edemas). El paciente dispone del número de teléfono de la unidad y puede consultar por estos síntomas facilitándole el plan a seguir: intensificación del tratamiento o revisión presencial.

Me parece importante remarcar que para evitar el reingreso también tienen la posibilidad, gracias a Hospital de Día, de tratamiento ambulatorio mediante colocación de infusores de furosemida subcutáneos, ferroterapia intravenosa o transfusión sanguínea.

I.3.-Oncogeriatría

Al igual que en la consulta anterior, la consulta de Oncogeriatría se realiza por la doctora Vigara y una enfermera especialista en Geriatría, atendiendo a 3 nuevos pacientes al día y 5 revisiones. En este caso, los pacientes son derivados normalmente desde Consultas Externas de Oncología para valoración geriátrica integral y detección de fragilidad.

Entre los objetivos de la consulta se encuentran:

- Calcular la edad biológica y adaptar el tratamiento a ésta y no a la edad cronológica.
- Detección de síndromes geriátricos reversibles, actuando sobre ellos y mejorando la tolerancia al tratamiento posterior.

En la primera visita se realiza:

- Anamnesis.
- Exploración física con toma de constantes y peso.
- Valoración geriátrica integral.
- Escalas
 - CIRS (Cumulative Illness Rating Score)
 - VES 13
 - ECOG
 - FRAIL
 - Cuestionario Geriatric 8 (G8)
 - CARG
 - SPPB
 - Handgrip

Una vez recogida toda ésta información del paciente se emite un informe donde destaca:

- Clasificación del paciente atendiendo a la fragilidad: robusto, prefragil, frágil. Según esta clasificación se citará la revisión en menor o mayor espacio de tiempo.
- Recomendación sobre el tratamiento para el paciente, informando al Servicio de Oncología que será el que determine el tratamiento para el paciente sobre el porcentaje de toxicidad que conlleva el tratamiento estándar en este paciente, y el tratamiento en monoterapia o combinado pero con dosis reducidas.
- Detección de síndromes geriátricos y en el caso de que sean reversibles trabajar sobre ellos. Ejemplos: malnutrición en la que se inicia tratamiento nutricional suplementario, sarcopenia o síndrome de inestabilidad que se beneficia de acudir a Hospital de Día, o polimedicación.

Como punto negativo, me llama la atención la no participación del geriatra en el comité de tumores, motivada por el escaso número de geriatras.

II. OCTUBRE Y NOVIEMBRE 2022: Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Universitario Reina Sofía en Córdoba (España)

Durante los dos meses siguientes, tuve la oportunidad de conocer la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Universitario Reina Sofía en Córdoba, ubicada en el Hospital Provincial y liderada por el Dr. Antonio Llergo. Consideré de vital importancia elegir esta rotación porque el paciente geriátrico merece una buena formación y conocimientos sobre cuidados paliativos aunque en la sociedad actual vivamos como si la muerte fuera algo ajeno a nosotros.

El servicio se divide en la planta de hospitalización y el equipo de soporte a domicilio.

La mayoría de los pacientes ingresan en el programa de Cuidados Paliativos tras hoja de interconsulta del facultativo responsable al Servicio de Cuidados Paliativos. La mayoría de las hojas de interconsulta, provienen del servicio de Oncología Médica y de Medicina Interna.

El perfil de paciente por el que se consulta desde Medicina Interna es el de un paciente con demencia avanzada y negativa a la ingesta. Por lo que en este punto quiero detenerme y explicar mi percepción:

1.- Me produce sentimiento de tristeza que la población anciana no tenga acceso al especialista en geriatría en Andalucía

2.- Considero de vital importancia explicar al paciente y a la familia al recibir el diagnóstico de demencia el curso de la enfermedad, esto supondría:

- Facilidad para asimilar la etapa final de vida.
- Evitar ingresos que provocan consecuencias negativas al enfermo.
- Respetar voluntades y preferencias expresadas en el testamento vital si el paciente conoce las posibles complicaciones de su enfermedad.

- Integrar la no indicación de sonda nasogástrica o gastrostomía percutánea en este tipo de paciente.

Una vez recibida la hoja de interconsulta, se intenta valorar el mismo día y se incluye en el programa, decidiéndose una de estas dos opciones

- a) Traslado a la planta de hospitalización de Cuidados Paliativos: cuando se trata de un caso con elevada complejidad y que se va a beneficiar de enfermería entrenada en el manejo del paciente paliativo.
- b) Queda a cargo del servicio interconsultor con apoyo del médico de Cuidados Paliativos para el manejo tanto si se trata de un paciente en situación de terminalidad como si puede ser dado de alta a domicilio. En este caso, al alta se entrega información del funcionamiento del programa de atención domiciliaria que detallaré más adelante.

II.1.-Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria de Cuidados Paliativos

Compuesta por cuatro equipos de médico con enfermera. Cada equipo tiene adscrita una zona que abarcar, por lo que al alta se comunica al paciente su médico y enfermera responsable. También se cuenta con el apoyo de un equipo de psicólogos y un equipo de trabajadores sociales.

Cuando el paciente forma parte del programa, recibe una visita a domicilio para una primera toma de contacto, si es posible ésta primera toma de contacto se realizaría en la consulta del hospital.

El paciente puede llamar al número de su equipo entre las 8 y las 10 de la mañana, exponiendo su consulta. Si es posible resolver por teléfono, quedará resulta de este modo, y si no se programa la visita. Por lo que siempre se le

explica al paciente que no se trata de un programa de urgencias, si no de otro servicio más del que dispone el paciente y su familia.

Tras recibir las llamadas, se programa las visitas diarias, que suelen ser 3 o 4 por equipo. En estas visitas se valoran tanto las necesidades médicas como psicológicas del paciente. Gracias a la visita conjunta, se puede colocar infusores subcutáneos, realizar sondajes vesicales o extracción de analíticas.

II.2.-Hospitalización

Ubicada en la cuarta planta ala B del Hospital Provincial cuenta con 24 camas, aunque se intenta que el paciente paliativo disponga de habitación individual para priorizar su confort y respetar su intimidad.

Los pacientes tienen 3 vías de acceso a esta planta:

- a) Urgencias: si el facultativo que valora al paciente considera que requiere de ingreso hospitalario y este paciente ya está incluido en el programa de paciente paliativo y el paciente ha acudido a urgencias
- b) Hoja de interconsulta: ya mencionado anteriormente
- c) Desde domicilio: si tras la valoración del equipo de soporte domiciliario se requiere ingreso, el paciente ingresa desde domicilio a la planta sin necesidad de su paso por urgencias

Lo que diferencia esta unidad de cualquier otra planta del hospital es la reunión realizada a primera hora de la mañana a la que acuden Jefe de servicio, médico dedicado a interconsultas, médico dedicado a planta, el médico que realizará el pase de planta de sábado y domingo esa semana (cada fin de semana lo realiza un médico diferente, pudiendo ser el de interconsultas o algunos de los de domiciliaria), enfermería, psicólogo y trabajador social.

Tras la reunión, se realiza el pase de planta. Se trata de un pase de planta diferente al que estamos acostumbrados, en el que es el paciente el que “lleva la voz cantante” respetando sus tiempos y sus silencios. Cada día se valoran los síntomas físicos del paciente pero también se dedica mucho tiempo a que el paciente se exprese y a calmar su sufrimiento psíquico así como a explorar sus miedos para poder apoyar todo lo posible en su etapa final de vida.

Rocío Onieva Albañil

R4 Geriatria Hospital Nuestra Señora de Gracia (Zaragoza, España)

Diciembre 2022