

Equipos de continuidad asistencial

Gabriel Ariza Zafra

INTRODUCCIÓN

El fenómeno demográfico del progresivo envejecimiento de la población, observado en las últimas décadas en todos los países del mundo desarrollado, se ha debido en gran medida al avance de unas políticas sanitarias y de salud pública razonablemente acertadas. Estas han conseguido transformar en morbilidad un volumen importante de lo que antes era mortalidad y de esa manera cambiar la proporción entre enfermedades agudas y crónicas en favor de estas últimas. Lo cierto es que se estima que, de 2015 a 2050, la proporción de la población mundial de 60 años o más casi se duplicará. En el caso particular de España, a fecha de 1 de enero de 2007 ya existían más de siete millones y medio de personas que habían cumplido los 65 años, casi el 17% de la población, y pasaban de dos millones los que ya tenían al menos 80 años. La previsión para el año 2020 es que este grupo etario cuente con casi nueve millones y medio de individuos, más del 19% de la población, de los que más de tres millones superarán los 80 años. En nuestro país, en este momento, el colectivo anciano precisa ya de gran cantidad de recursos sanitarios (el 70% del gasto farmacéutico, el 40% de las consultas de atención primaria y del 40 al 50% de las estancias hospitalarias), y se prevé que estos datos aumenten en un futuro no lejano por las citadas causas demográficas. Además, en España, al menos la quinta parte de los ancianos ingresados en un hospital de agudos no deberían haberlo estado si hubiesen recibido una atención primaria (AP) efectiva y a tiempo, tanto para prevenir la aparición de la enfermedad o de sus complicaciones como para controlar la aparición de un episodio agudo o tratar una enfermedad crónica.

Las especiales características de una población donde confluyen síndromes geriátricos, comorbilidades, fragilidad y, en ocasiones, un entorno sociofamiliar complejo, hacen de los ancianos una presa fácil de la iatrogenia (delirium, deterioro cognitivo y funcional, aparición de nuevos síndromes geriátricos, estancias hospitalarias mayores, institucionalización y muerte), tanto por los procedimientos diagnósticos como terapéuticos a los que cualquier paciente es sometido en el hospital. Una de las complicaciones más frecuentemente asociadas a los ingresos, en distinta medida, es el deterioro funcional, factor determinante tanto de calidad de vida como de pronóstico vital y de aumento de costes. Los predictores más potentes de deterioro funcional asociado a la hospitalización son: la edad, la situación funcional previa al ingreso, la presencia de deterioro cognitivo y depresión, y la prolongación de la estancia hospitalaria. En este sentido, se ha publicado que hasta un 80% de los casos de deterioro funcional iatrogénico (uso

de sondas, encamamiento prolongado sin intervenciones funcionales durante el ingreso, uso de pañales) es prevenible. Así, uno de los objetivos principales de la geriatría es mantener al anciano en su propio domicilio (o reintegrarlo, según el lugar de atención del proceso) en condiciones funcionales y sociales que le permitan disfrutar de la mejor calidad de vida posible.

CAMBIO DE PARADIGMA

Necesidad de modelos de atención integrada

El envejecimiento de la población, sus especiales características, y las complicaciones que se derivan de la atención exclusivamente hospitalaria de estos pacientes, han generado en los profesionales sanitarios una preocupación sobre el papel y beneficio del modelo clásico de asistencia que se les ofrece, ampliamente cuestionado en todos los niveles asistenciales. Si bien el ejercicio del trabajo en AP facilita un cuidado en lo posible longitudinal y con continuidad, presenta una fragilidad de infraestructuras, medios y tiempo. Es muy eficaz en procesos con demanda programable, pero fracasa en la atención de procesos con múltiples reagudizaciones, donde la demanda no es programable y es necesaria una atención domiciliaria, en ocasiones no abordable. Por otra parte, la asistencia en atención especializada (AE) ha estado basada en el cuidado del episodio agudo en una medicina cada vez más despersonalizada. El modelo clásico de atención a la enfermedad crónica basado en el tratamiento del episodio de descompensación, limitado a cuidados heterogéneos con una ausencia de continuidad asistencial y donde el soporte social ha sido tardío o inexistente, ha quedado desplazado, preconizándose una atención integral. La participación activa del paciente, el cuidador y el entorno social y familiar, con autonomía para intervenir en la aplicación de cuidados, así como el desarrollo de actividades preventivas y rehabilitadoras para evitar la progresión de la enfermedad crónica y la aparición de complicaciones, constituyen una pieza más de la atención de estos pacientes, más que los difíciles esfuerzos en la búsqueda de actitudes curativas.

Este proceso confiere un papel esencial a la gestión de casos, personalizada en la relación estrecha entre el médico de familia (MF) y el especialista hospitalario. La continuidad asistencial, entendida como una visión compartida y continua del trabajo en el que intervienen múltiples profesionales, diferentes niveles asistenciales y tiempos distintos, con el objetivo de mejorar la salud del paciente, cobra especial fuerza y mayor sentido en el marco de la atención del paciente anciano con deterioro funcional y/o deterioro cognitivo y/o patologías crónicas.

La implicación y actuación coordinada y con continuidad en todos los niveles asistenciales (enfermería, trabajadores sociales, médicos y otros colectivos sanitarios y no sanitarios) se constituyen en la única forma de dar una respuesta satisfactoria y de calidad para la atención de este perfil de usuario, asegurando la continuidad de los cuidados.

Así, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que los servicios de salud y asistencia social se orienten hacia la prevención y gestión del declive de la capacidad intrínseca y la mejora de la capacidad funcional en las personas mayores, en lugar de apoyar un enfoque fragmentado y a menudo desarticulado para el manejo de las condiciones de salud individuales. De este modo, define la atención integrada como «servicios administrados y entregados para que las personas reciban un continuo de promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento, manejo de enfermedades, rehabilitación y servicios de cuidados paliativos, coordinados a través de los diferentes niveles y sitios de cuidado dentro y más allá del sector de la salud, y según sus necesidades a lo largo del curso de la vida». En el contexto de proporcionar atención integrada específicamente a las personas mayores, la OMS ha propuesto el enfoque de atención integrada para personas mayores (ICOPE), para informar la aplicación del marco de servicios integrados de salud centrados en las personas en el contexto de las personas mayores y cerrar la brecha entre lo que se presume que es la mejor práctica de cuidado para los ancianos y la evidencia emergente. Los elementos informados con mayor frecuencia de los modelos de atención integrada reseñados en la literatura científica han sido, respectivamente: atención multidisciplinaria en equipo, evaluación integral, administración de casos, evaluación sistemática de los factores de riesgo, educación del paciente, educación profesional, visitas domiciliarias y revisión de medicamentos.

En el análisis del sistema sanitario observamos que existen ingredientes, pero sin tener bien definido un modelo. Para construirlo, es necesario integrar, en un marco conceptual adecuado, muchas de las iniciativas ya desarrolladas: sistemas de información, guías de práctica clínica informatizadas, competencias enfermeras avanzadas en la atención al paciente crónico (gestión de casos). Parece claro que, en situaciones donde convivan la situación de fragilidad, dependencia y cronicidad, se requiere de un abordaje compartido de la atención sanitaria y social y del desarrollo de servicios bajo un modelo de atención integrada.

Efectividad clínica de los programas de gestión de las transiciones asistenciales

Las transiciones asistenciales, principalmente entre el hospital y el domicilio, se pueden considerar un momento crítico en la atención a los pacientes frágiles, sobre todo por los riesgos derivados de una falta de coordinación entre ambos niveles asistenciales. Para minimizar estos riesgos, desde hace unos años se han puesto en marcha diversas estrategias y programas de gestión de casos y coordinación en las transiciones asistenciales, con buenos resultados de efectividad clínica en la mayoría de los casos. Una reciente revisión sistemática sobre ensayos clínicos aleatorizados de diferentes países, entre los

que se incluye España, analiza la evidencia de estos programas. Todos los programas incluidos tenían en común el estar dirigidos a proporcionar una coordinación interniveles y continuidad de cuidados, implicando a pacientes mayores de 65 años con más de una patología crónica o síndromes geriátricos y poli-medicación. El seguimiento estaba estructurado y organizado previamente y se realizaba al menos una visita al paciente en los 30 días siguientes al alta hospitalaria (la mayoría de las visitas se realizaban durante la primera semana tras el alta). En más de la mitad de los casos también se hacía un control telefónico y, en el 50% de los casos, se proporcionaba un teléfono de contacto a los pacientes. Las enfermeras gestoras de casos tenían un papel clave en estos programas, y eran las responsables de la coordinación y continuidad asistencial tras el alta en casi el 90% de los casos. Las intervenciones realizadas eran principalmente de educación sanitaria y apoyo en el autocuidado y de revisión de manejo del tratamiento farmacológico. En cuanto a las variables de estudio analizadas, el metaanálisis objetiva una reducción de la mortalidad de los pacientes en programas de transición asistencial, de manera estadísticamente significativa, a los 3, 6, 12 y 18 meses después del alta; una reducción del riesgo de visitas a urgencias a los 3 meses del alta, una reducción de los reingresos hospitalarios a 3, 6, 12 y 18 meses, y una reducción de la media de días de reingreso a los 3, 6, 12 y 18 meses del alta, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida, a pesar de lo que concluyen que la gestión de las transiciones asistenciales mejora los resultados en los pacientes complejos de mayor edad y debería incluirse en la reorganización de los servicios de salud.

Continuidad asistencial

La continuidad asistencial, según la definición clásica, es la percepción que tiene el usuario sobre la coherencia de la asistencia coordinada (capacidad de los servicios sanitarios para ofertar sincronizadamente un objetivo asistencial común sin que se produzcan desencuentros que perjudiquen al paciente) que recibe a lo largo del tiempo. Freeman, posteriormente, introdujo varios conceptos operativos que deben integrarse en esta definición, como son el ámbito de la existencia identificada de responsable asistencial, de la longitudinalidad del seguimiento en el tiempo, de la flexibilidad para adaptarse a los cambios personales y sociales y, finalmente, de la información efectiva con el paciente, cuidadores y otros profesionales. Así, lo más importante es el resultado final en calidad y eficiencia.

La base para una idónea continuidad asistencial es la adecuada relación entre los actores implicados (médicos, paciente, enfermería, familiares, trabajador social, fisioterapeutas). Esta relación debe labrarse desde la accesibilidad, fluidez y, en la medida de lo posible, la confianza mutua.

No se puede perder de vista que, aunque la AP se ha erigido como base que sustenta el sistema sanitario y como eje integrador de los procesos asistenciales, por lo que se le puede atribuir sobre el papel el rol integrador o coordinador dentro de este proceso de continuidad asistencial, esta va a requerir determinados condicionantes, no siempre al alcance del MF a la hora de llevar a cabo esta labor. Por ello, desde el campo de la geriatría se han desarrollado modelos (algunos ya clásicos)

que pretenden integrar el cuidado del paciente mayor en la comunidad o la institución, actuando como nexo entre la medicina hospitalaria (de la que parten) y en estrecha relación con los equipos de AP, en unos casos, y el personal de las residencias de ancianos, en los otros. En este escenario es importante entender que no hay un único modelo de gestión para facilitar la continuidad asistencial.

Uno de los principales problemas que existen para que se lleve a cabo una adecuada continuidad asistencial es la falta de comunicación entre los profesionales de los distintos niveles asistenciales, quizás favorecida, en parte, por la falta de conocimiento del trabajo ajeno, y que provoca convicciones erróneas y enfrentamientos teóricos entre la AP y la AE. Por tanto, la mejora de las comunicaciones entra ambas es una medida muy eficaz para mejorar las derivaciones y, sobre todo, la información obtenida por ambos ámbitos para manejar de forma idónea a sus pacientes.

En este sentido se han desarrollado diversas estrategias para mejorar dicha comunicación (llamadas telefónicas, figura de enfermería de enlace con el MF, equipos de visita a domicilio en las primeras 24 horas tras el alta hospitalaria).

Soluciones desde geriatría (equipos de continuidad asistencial)

Desde geriatría se han propuesto varios modelos de atención basados en los equipos de continuidad asistencial (ECA) como abordaje integral de los problemas que se derivan del modelo de atención clásico y, sobre todo, intentando mantener al anciano en su medio habitual (comunidad o, en menor medida, su institución) evitando las complicaciones asociadas de las derivaciones evitables al ámbito hospitalario.

Esta acción coordinada por geriatría puede reducir los gastos sanitarios al disminuir tanto los ingresos hospitalarios como las visitas a urgencias y los consumos derivados de los medios de transporte hasta el hospital. Además, facilitan las altas hospitalarias más tempranas y de pacientes más complejos que, de otro modo, estarían en el hospital. Por otra parte, estos modelos colaborativos permiten la atención del geriatra en la comunidad, disminuyendo las derivaciones innecesarias a las consultas externas de múltiples especialidades. Del mismo modo, permiten mejorar la calidad de vida del paciente toda vez que, en las visitas domiciliarias, se detectan barreras solventables tras intervenciones más o menos sencillas, que dotan al anciano de una mayor independencia y mejoran su salud emocional al permitirle permanecer en su entorno.

A pesar de la controversia generada al respecto en otras épocas y modelos organizativos, apoyamos la ubicación hospitalaria de estos equipos basados en una mayor facilidad al acceso de recursos técnicos y humanos especializados cuando sean necesarios, lo que mejora los tiempos de atención e incluso puede reducir la iatrogenia que sufren los ancianos en entornos como los servicios de urgencias, al permitir, de considerarse necesario, realizar ingresos hospitalarios directamente desde el lugar de valoración del paciente sin tener que pasar por dicho servicio.

La composición multidisciplinaria de los ECA (geriatra, enfermera y trabajador social, principalmente, junto a fisio-

terapeuta y terapeuta ocupacional, en otros casos), así como su implicación directa en los cuidados domiciliarios, determinan la eficacia y favorecen la confianza de los profesionales de AP tanto en la intervención como en el plan de cuidados establecido, opinión avalada por la bibliografía.

Nuestra experiencia apoya la importancia de disponer de un trabajador o trabajadora social en los ECA por la frecuente necesidad de gestionar recursos sociales con el objetivo de mantener al anciano en su domicilio con la mayor calidad de vida posible y dotarlo de una adecuada red de apoyo social. No obstante, al no ser este el perfil más habitual, esta figura, siendo imprescindible, puede actuar a demanda del resto de los miembros del equipo, optimizando así los recursos de los que disponemos en los distintos dispositivos.

El desarrollo de otros modelos de ECA, más centrados en la recuperación funcional y rehabilitación domiciliar tras ingreso hospitalario, puede determinar que el papel fundamental en alguno de ellos sea el de los fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, quedando el papel del médico y la enfermera relegado a un segundo plano.

MODELOS DE ACTUACIÓN DE LOS EQUIPOS DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Hospitalización a domicilio en el anciano

El rediseño integrado de trayectorias de atención centrada en la persona en las crisis de salud (a menudo presentadas en forma de agudizaciones de condiciones crónicas) debería basarse en dos puntos clave: planificar pensando que el centro de la provisión de servicios debe ser la comunidad, desde la cual se deben definir estrategias adaptadas para los casos de riesgo, y plantear que la derivación a urgencias o el ingreso hospitalario agudo no tienen por qué ser siempre la primera opción, ya que existen alternativas convenientemente validadas. En este sentido, la modalidad de hospitalización a domicilio (HaD), desde la perspectiva de la geriatría, supone una buena alternativa a la hospitalización convencional para el abordaje de crisis en pacientes precisamente más vulnerables a los efectos indeseables de esta. Para ello será fundamental el trabajo colaborativo entre ECA de geriatría y los equipos de referencia de AP, complementando la capacidad de resolución de un equipo multidisciplinar especializado en geriatría, con el conocimiento de la persona a lo largo de su historia y en su contexto como hace AP. El ECA llevará a cabo una intervención intensiva y puntual que finaliza, generalmente, tras la resolución de la crisis y la reinserción de los pacientes sin haber precisado abandonar su entorno habitual. En definitiva, en nuestro país, la HaD se puede definir como un modelo asistencial alternativo para el enfermo que requiere vigilancia activa y asistencia compleja propias de un hospital de agudos, es decir, no suministrables por AP ni por otros niveles asistenciales de rango superior; si bien en este caso, como característica diferencial, personal cualificado proveniente de dicho hospital es el encargado de proporcionar los cuidados médicos y de enfermería necesarios en el propio domicilio del paciente. La clave de este tipo de asistencia está en considerar al propio domicilio,

concebido en una triple dimensión: física (vivienda y equipamiento), psíquica (afectos, sentimientos y recuerdos) y social (familia, vecinos y amigos), como un arma terapéutica más, de modo que podamos considerarlo en ese momento como el mejor lugar terapéutico para el paciente. Para el adecuado funcionamiento de la HaD es importante no considerarlo nunca como un sistema de seguimiento de enfermos crónicos, labor que corresponde a la AP.

Desde la perspectiva del anciano, son muchos los pacientes que prefieren ser tratados en casa y no en el hospital, y están más satisfechos y presentan menor número de complicaciones, siempre y cuando la intervención se lleve a cabo de forma adaptada a las percepciones, necesidades y voluntades de los usuarios.

Según datos de la Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio (SEHAD), la HaD puede reducir en un 55% las visitas de pacientes crónicos a las urgencias hospitalarias y en un 15% sus ingresos en los centros hospitalarios, al tiempo que es capaz de rebajar en cuatro o cinco días las estancias hospitalarias en determinados procesos. Además, puede ser hasta un 60% más barato que una cama en un centro hospitalario, presta una atención multidisciplinar, humanizada y centrada en la persona, proporciona una alta intensidad de cuidados (capacidad de intervención elevada), fomenta la continuidad asistencial (favorece la coordinación con AP) y es segura, satisfactoria, efectiva y eficiente, al tiempo que permite una racionalización más eficiente de los recursos sanitarios. Las principales ventajas de la HaD quedan reflejadas en el [cuadro 58.1](#).

En cuanto a las posibilidades de HaD, la literatura especializada muestra una gran heterogeneidad en cuanto a los modelos de desarrollo pero, de modo general, podemos agruparlos en dos grandes grupos: *modelos de evitación de ingreso hospitalario* (paciente con enfermedad aguda o descompensación de enfermedad crónica que ingresa directamente desde la sala de urgencias en una situación que de otro modo requeriría hospitalización convencional) y *modelos de facilitación del alta* (paciente que requiere atención continuada tras superar la fase hiperaguda, o tras el desarrollo de complicaciones durante el ingreso que podría precisar una reevaluación temprana en domicilio por geriatría tanto para control clínico como para inducir una recuperación funcional e incluso, a veces, con una intención conciliadora y de tranquilidad para la familia o el propio paciente). En algunos servicios de geriatría, por la demanda y los recursos existentes, los ECA desarrollan un modelo mixto en el cual tienen cabida ambos perfiles de pacientes.

Para garantizar el éxito de estas intervenciones, además de las actitudes y aptitudes de los profesionales implicados, sus relaciones y coordinación, hay que tener en cuenta las expectativas, sentimientos y valores del paciente, así como cumplir unos mínimos requisitos o criterios de inclusión con vistas a obtener un mejor rendimiento:

- Estabilidad clínica: la situación del paciente debe permitir el manejo en el domicilio con visitas espaciadas unas 24 horas, como mínimo, por lo cual no podrá tratarse de enfermos que requieran una monitorización más intensiva tanto de constantes como de respuesta al tratamiento.

CUADRO 58.1 Inconvenientes de la hospitalización convencional para el anciano

Inconvenientes de la hospitalización convencional para el anciano

Psicológicos

- Separación de su entorno familiar y social.
- Pérdida de su identidad y de su autoestima.
- Merma de su intimidad.
- Episodios de delirium.
- Cuadros depresivos.

Orgánicos

- Iatrogenia derivada de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Infecciones nosocomiales.

Ventajas de las unidades de hospitalización a domicilio

- Reducción de estancia media.
- Reducción de los reingresos hospitalarios.
- Menor coste que la hospitalización convencional.
- Disminución de las necesidades de aislamiento del paciente por gérmenes multirresistentes.
- Reducción de eventos adversos relacionados con el ingreso hospitalario (infecciones nosocomiales, delirium, malnutrición, depresión).
- Mayor intimidad.
- Mayor libertad de horarios.
- Adecuación de dieta a las preferencias del paciente.
- Mantenimiento de aficiones en su propio entorno.
- Mantenimiento de la unidad familiar (sobre todo en caso de cónyuge demente).

Adaptado de: Fernández-Miera MF. Hospitalización a domicilio del anciano con enfermedad aguda. Rev Esp Geriatr Gerontol 2009;44:39-50.

- Consentimiento informado: el paciente o, en su defecto, la familia, reciben información detallada sobre las características de la HaD y los objetivos que desarrollar, por lo que es preciso su consentimiento. En caso contrario se optará por realizar un ingreso hospitalario.
- Apoyo sociofamiliar: en la misma línea del punto anterior, y dado que la cobertura física de los ECA no alcanza generalmente las 24 horas, será necesario contar con el apoyo de la familia o cuidadores; de esta colaboración depende en gran medida, el éxito terapéutico. Algunos modelos implican incluso a la familia en la administración de algunos tratamientos parenterales una vez adiestrada en ellos, pero de cualquier modo resulta imprescindible la colaboración a la hora de controlar síntomas, respuestas y realizar los adecuados contactos tanto en un sentido como a la inversa (ECA ←→ cuidadores). Para ello, desde el inicio del proceso, se les facilita un número de teléfono de contacto para poder localizar al equipo responsable de los cuidados en el caso de que fuese necesario.
- Procesos transitorios: se ha de tratar a pacientes con patología potencialmente solventable en un período de tiempo corto tras la intervención del ECA, aunque en ocasiones se

trate de una reagudización más dentro de un proceso en el que presumiblemente volverán a existir descompensaciones a corto-medio plazo.

- Atención continuada: en todo momento existe contacto tanto con el equipo o servicio que derivó al paciente como con su equipo de AP. Durante el proceso optamos por la comunicación telefónica fluida, así como por la historia clínica compartida a través de la historia clínica informatizada, a la que de un modo u otro tendremos acceso todos los implicados en el manejo del paciente en esta fase de atención. Una vez finalizado el proceso, se emite un informe de alta clínica donde se reflejan los detalles necesarios para el manejo posterior, así como las pruebas complementarias realizadas.

Las dos modalidades de HaD obtienen similares resultados de salud y calidad, de modo que se podría afirmar que, en la mayoría de los pacientes candidatos a ser manejados por una unidad de HaD, podría omitirse el período de ingreso hospitalario y pasar directamente al manejo en el domicilio.

Según una reciente revisión Cochrane, la HaD reduce en un 23% el riesgo de mortalidad a seis meses y hasta un 65% el riesgo de institucionalización en el mismo período de tiempo, ambos de manera estadísticamente significativa; también concluye que no existe diferencia alguna en relación con los

reingresos hospitalarios, y pocas en relación con el estado funcional, la calidad de vida y la capacidad cognitiva.

Por su parte, en otra revisión Cochrane se concluye que las estrategias de facilitación al alta parecen reducir la estancia hospitalaria, ya que se observó que las personas derivadas a este recurso son dadas de alta de la intervención aproximadamente siete días antes que las personas que reciben atención hospitalaria convencional. Del mismo modo, pueden reducir el riesgo de institucionalización a los seis meses (evidencia con baja certeza) y puede mejorar levemente la satisfacción del paciente. Sin embargo, no presentan diferencias en cuanto a la mortalidad en los tres a seis meses ni al riesgo de reingreso hospitalario.

Además, una revisión sistemática y metaanálisis concluye que, independientemente del modelo utilizado (evitación de ingreso o facilitación del alta), la HaD se asocia a una menor mortalidad, reingresos y costes.

La estrategia de trabajo del ECA en los domicilios queda reflejada en las figuras 58.1 y 58.2, donde se ponen de relieve aspectos importantes como la continua comunicación de los integrantes del ECA tanto con el personal que derivó al paciente como con sus EAP y el paciente o sus cuidadores, así como la continua reevaluación de la pertinencia de que el paciente siga siendo manejado por ECA, considerando el resto de los niveles asistenciales si se estima necesario.

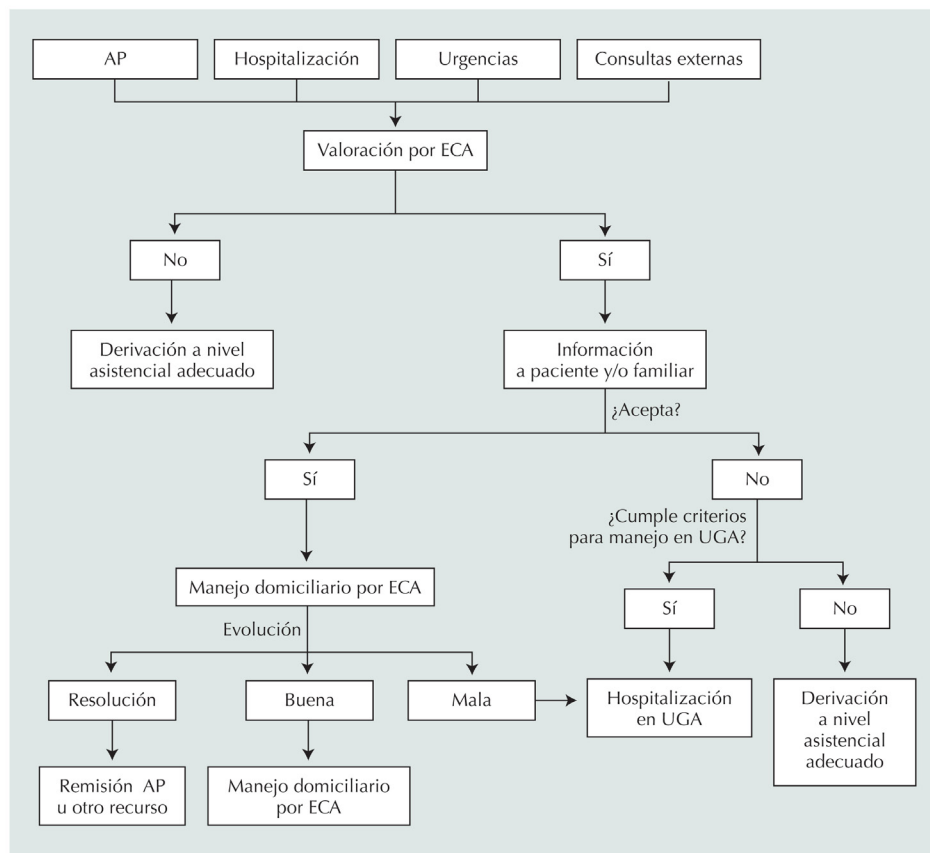


Figura 58.1 Algoritmo de manejo por equipo de continuidad asistencial. AP, atención primaria; ECA, equipo de continuidad asistencial; UGA, unidad geriátrica de agudos.

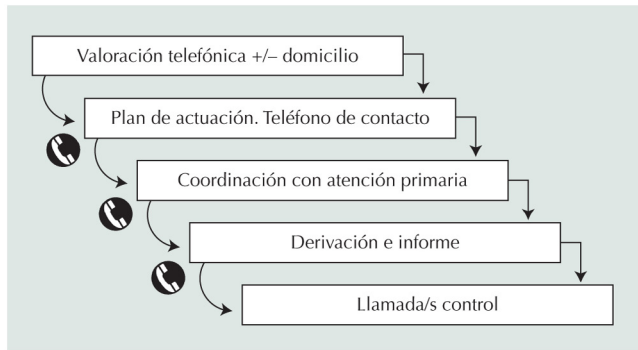


Figura 58.2 Dinámica de actuación con los pacientes manejados por el equipo de continuidad asistencial.

Una vez finalizada la intervención, como se ha referido antes, se emite un informe físico donde queden reflejados tanto la intervención como la evolución y el plan de actuación para el futuro.

Apoyo al anciano institucionalizado (atención a los centros sociosanitarios)

La labor de la atención a centros sociosanitarios resulta fundamental de cara a evitar desplazamientos innecesarios a los centros hospitalarios para realización de visados, prescripciones o, incluso, pruebas complementarias accesibles en las residencias de ancianos. La idea fundamental de este modelo, en el que es el geriatra el que se desplaza, es trasladar la consulta de geriatría especializada al ámbito residencial con la inmediata reducción de los costes derivados del uso de ambulancias para enviar a estos pacientes a la consulta externa del hospital. No menos importante, aunque quizás no del todo cuantificable, son los resultados en cuanto a la repercusión de esta medida en la calidad de vida del usuario y en evitación de las complicaciones derivadas de estos traslados. Este tipo de intervenciones por parte de los ECA de geriatría han demostrado reducir la polifarmacia, lo que se traduce no solo en la reducción del gasto sanitario, sino en una disminución de los efectos secundarios del uso de muchos de estos fármacos. Existen también datos acerca de la mejoría del estado nutricional y de la reducción de visitas a otras especialidades como neurología (valoración de pacientes con demencia), traumatología (tramitación de anexos para ayudas técnicas), psiquiatría (ajuste de psicofármacos), endocrinología (valoración nutricional y prescripción de suplementos nutricionales y espesantes) y, en algunas comunidades autónomas, cuidados paliativos. Otro resultado positivo es la disminución de derivaciones a los servicios de urgencias hospitalarios, ya que el perfil de los pacientes manejados por el geriatra de ECA en estas intervenciones corresponde, en muchas ocasiones, al de los pacientes derivados a urgencias para «valoración». El hecho de que el especialista en geriatría valore a estos pacientes *in situ* (algunas veces de forma simultánea con el médico de la residencia o una enfermera del propio centro, que aportará información

importante sobre el día a día del paciente, y su interpretación clínica previa) supone el elemento principal para disminuir este tipo de derivaciones a un servicio de urgencias. Otro aspecto que evita derivaciones a los centros hospitalarios, y también la sobrecarga, es la realización de prescripciones que precisan visados, así como prestaciones ortoprotésicas que, de otro modo, requerirían valoración en consultas externas del hospital para su realización. De forma global, y a modo de resumen, la atención al anciano en el medio residencial por un ECA de geriatría evita desplazamientos dificultosos, costosos e innecesarios al hospital.

Apoyo a atención primaria en el abordaje del paciente complejo

Como se ha referido previamente, los ECA de geriatría surgen con el objetivo de mejorar la calidad de vida del anciano y sus cuidadores, colaborar con los equipos de AP y racionalizar el gasto sanitario. En este sentido, no debe plantearse como una intromisión en las competencias de AP o una competición entre la AP y la AE, sino como un lugar de encuentro y colaboración entre ambos ámbitos con un objetivo común, el beneficio de un anciano que permanece en su domicilio, con las ventajas que eso conlleva, y que recibe una atención integrada entre ambos equipos (generalmente de forma secuencial y colaborativa).

En España, desde que comenzó a funcionar el primer equipo de atención domiciliaria en el Hospital Central de la Cruz Roja en 1978, existen suficientes experiencias sobre la actividad de estos equipos en la atención domiciliaria, complementaria a la realizada por la AP. Esta actividad viene definida, por una parte, por la necesidad de apoyo a la AP en la atención domiciliaria a pacientes geriátricos con alta complejidad clínica y, en ocasiones, deterioro funcional y dependencia, y por otro lado, por su labor de coordinación entre la AP y el hospital, así como de consultor para la resolución de problemas de atención que presentan los pacientes geriátricos en la comunidad, independientemente de su situación funcional. De hecho, trabajos ya clásicos realizados en nuestro país refieren que, en algunas series, hasta el 100% de los MF consideraron útil la actividad de un equipo de atención geriátrica domiciliaria, destacando como características más determinantes su especialización en los cuidados geriátricos (76,7%) y la disponibilidad de recursos hospitalarios (65,1%), aspectos ya referidos a lo largo de este capítulo. En este sentido, no debemos perder la perspectiva de que los cuidados compartidos en la comunidad deben respetar la responsabilidad principal de la AP, ofreciéndose la colaboración del servicio de geriatría como apoyo y consultor, especialmente ante los pacientes más complejos. Una vez llevada a cabo la valoración y establecido el plan de actuación, lo más eficaz parece ser mantener una comunicación fluida con el equipo de AP para complementar, entre ambos, dicho plan con vistas a lograr un objetivo común. Al finalizar el proceso, es pertinente que el ECA emita un informe, de manera semejante a como se realizan en el resto de los niveles asistenciales.

Un aspecto complementario en esta labor de apoyo a la AP es la realización periódica o a demanda de reuniones en los centros de salud, ya sea con una intención exclusivamente formativa, presentación de casos complejos, o el ya citado flujo bidireccional de información sobre el paciente o pacientes manejados.

De cualquier modo, es importante tener en cuenta, como han apuntado algunos autores al respecto, que un ECA debería limitarse a participar de forma puntual y recortada en el tiempo en el plan de cuidados establecido para un problema concreto y un paciente concreto que es el motivo de la consulta del MF. Por ello, la actividad no se debería evaluar solamente en días de atención, sino en número de visitas realizadas, dado que los problemas que motivan la intervención requieren no una atención intensiva sino, más frecuentemente, una monitorización más espaciada.

Coordinación con otras unidades

La coordinación con las unidades de medicina paliativa y los equipos de soporte a la atención domiciliaria (ESAD), existentes en algunas comunidades autónomas, permite una mejor atención al paciente, evitando de nuevo el solapamiento y redundando en un beneficio para dicho paciente por la posibilidad de establecer un flujo bidireccional puntual entre estos equipos y el ECA de geriatría, en función de las necesidades que se pudieran dar en cada

momento de la evolución de los pacientes controlados por estos equipos.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Baxter S, Johnson M, Chambers D, et al. The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence. *BMC Health Serv Res* 2018;18:350.
- Baztán JJ, Gil L, Andrés E, et al. Actividad comunitaria de un servicio de geriatría hospitalario: un ejemplo práctico de coordinación entre atención primaria y especializada. *Aten Primaria* 2000;26:374-82.
- Briggs AM, Valentijn PP, Thiyagarajan JA, et al. Elements of integrated care approaches for older people: a review of reviews. *BMJ Open* 2018;8:e021194.
- Fernández-Miera MF. Hospitalización a domicilio del anciano con enfermedad aguda. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2009;44:39-50.
- Gonçalves-Bradley DC, Iliffe S, Doll HA, et al. Early discharge hospital at home. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;6:CD000356.
- Le Berre M, Maimon G, Sourial N, et al. Impact of Transitional Care Services for Chronically Ill Older Patients: A Systematic Evidence Review. *J Am Geriatr Soc* 2017;65:1597-608.
- Mas MA, Santaegènia S. Hospitalización domiciliaria en el paciente anciano: revisión de la evidencia y oportunidades de la geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2015;50:26-34.
- Shepperd S, Iliffe S, Doll HA, et al. Admission avoidance hospital at home. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;9:CD007491.