

Residencias geriátricas: un protocolo asistencial compartido Atención Primaria-geriatría

Nursing Homes: A Primary Care–Geriatrics Shared Care Protocol

Laia Cabanas Collell. Centre d'Atenció Primària de Tona. Barcelona (España)

Enric Vilella Terricabras. Centre d'Atenció Primària de Tona. Barcelona (España)

Montserrat Soldevila Llagostera. Hospital Universitari de la Santa Creu de Vic. Barcelona (España)

FECHA DE RECEPCIÓN:
7 DE FEBRERO DE 2024
FECHA DE ACEPTACIÓN:
16 DE AGOSTO DE 2024

Para contactar:

Laia Cabanas Collell.
lcabanas.cc.ics@gencat.cat

Editor/a responsable:
Adrián Carrasco Munera

RESUMEN

Introducción. Los cambios socioculturales, demográficos y económicos recientes han conducido a una modificación en el perfil clínico de los individuos institucionalizados, resultando en un incremento del grado de dependencia y una mayor complejidad clínica.

Objetivo. Estandarizar y optimizar la atención médica a las personas que viven en residencias geriátricas con un modelo de atención médico compartido y adaptado a la complejidad.

Método. Se implementó un modelo colaborativo de asistencia entre Atención Primaria y geriatría con un protocolo asistencial definido orientado a la complejidad. Este protocolo comprendía una valoración geriátrica integral, la definición de un objetivo terapéutico, la propuesta de un nivel asistencial, y una revisión del plan terapéutico. Con el consenso de familia y el residente, se elaboró un documento con el plan de intervención.

Palabras clave: Atención Primaria, geriatría, residencias, complejidad.

Method. A collaborative care model between primary care and geriatrics was implemented. A complexity-oriented care protocol was devised with a comprehensive geriatric evaluation, definition of a therapeutic goal and determination of the appropriate level of care, and a thorough review of the therapeutic plan. An intervention plan document was drawn up with the consensus of the resident and their family.

Keywords: Complexity, Geriatrics, Nursing Homes, Primary Care.

INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente, la atención médica a las residencias geriátricas se ha llevado a cabo por médicos del ámbito privado con un soporte variable de la Atención Primaria según la región.

Los cambios socioculturales, demográficos y económicos han modificado progresivamente el perfil clínico de las personas que viven en las residencias geriátricas y sus demandas de atención sanitaria¹.

Este cambio de perfil está caracterizado por un marcado grado de dependencia, un incremento en la complejidad clínica, en la carga de comorbilidades y la fragilidad, así como una mayor prevalencia de demencias¹. De igual manera, la coexistencia de enfermedades crónicas genera polifarmacia, lo que aumenta el riesgo de reacciones adversas a medicamentos (RAM) e interacciones farmacológicas y es causa común de ingresos hospitalarios e incremento de mortalidad².

ABSTRACT

Introduction. Recent shifts in society, demographics and the economy have led to a transformation in the clinical profile of patients in nursing homes, which increases dependency and heightens clinical complexity.

Aim. To standardize and optimize medical care for individuals living in nursing homes by means of a shared care protocol tailored to their complexity.



El contenido de Comunidad está sujeto a las condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional

En este entorno, y ante la necesidad de optimizar la atención médica de estas personas, en 2019 el equipo de Atención Primaria (EAP) de Tona y el servicio de geriatría del Hospital Universitari de la Santa Creu de Vic, con el respaldo de la Gerencia Territorial del Institut Català de la Salut (ICS GTCC), impulsaron un modelo de atención compartido a las residencias.

Se propuso un trabajo conjunto considerando que la visión específica y profunda de la geriatría, combinada con la perspectiva más longitudinal y global de la Atención Primaria, redundaría en beneficios para la atención integral de las personas residentes.

El Área Básica de Tona, situada en una región semirrural del interior de Catalunya, cuenta con tres residencias geriátricas que albergan un total de 200 personas, con un perfil que refleja lo descrito anteriormente: el 28,3% presenta un pronóstico vital de 1-2 años debido a enfermedad crónica avanzada; el 33,6% tiene un diagnóstico de demencia, y la mayoría presenta un grado de dependencia severa, con un índice de Barthel medio de 45 sobre 100 (sistemas de información ICS: indicadores residencias EAP Tona).

Se creó un equipo de atención residencial que constaba de dos médicos de familia, una enfermera de Atención Primaria y un geriatra. Este equipo ofrecía atención presencial a las residencias en días predefinidos de cada semana. La información asistencial se registraba a través del programa informático Estació Clínica Atenció Primària (ECAP), instalado en el ordenador del despacho médico de cada residencia.

La enfermera de Atención Primaria gestionaba la vacunación de las personas residentes y daba soporte a la enfermera de la residencia en curas complejas y valoración de patología urgente.

La planificación de la agenda médica la realizaba la enfermera de la residencia incluyendo visitas de seguimiento de patología crónica, primeras visitas de ingresos y valoración de patología aguda según las necesidades identificadas. Además, se programaban entrevistas con familiares, las cuales se llevaban a cabo de manera conjunta con enfermería.

OBJETIVOS

Estandarizar y optimizar la atención médica a las personas que viven en residencias geriátricas con un modelo de atención médico compartido y adaptado al a complejidad³.

Objetivos específicos:

- Conocer el estado de salud de la persona residente.
- Definir los objetivos terapéuticos con la persona residente y/o familia³.
- Disminuir derivaciones a urgencias hospitalarias.
- Disminuir los ingresos hospitalarios.
- Redactar un plan de intervención individual³.
- Reducir la polimedicación^{2,3}.
- Asegurar una atención de calidad al final de vida⁴.

MÉTODO

En 2019 se inició la implementación de un modelo de atención compartido geriatría-Atención Primaria para dar asistencia médica a las residencias. El equipo residencial para abordar la complejidad de las necesidades de las personas residentes y homogenizar su atención diseñó un protocolo de atención geriátrica basado en el modelo de atención a personas frágiles, con cronicidad compleja o avanzada (MACA) 2020 del Departamento de Salud de Catalunya³.

Nuestro protocolo tiene los siguientes puntos:

- Valoración geriátrica integral en el momento del ingreso.
- Revisión del plan de medicación.
- Redacción del plan de intervención individual compartido (PIIC).
- Seguimiento de patología crónica.
- Provisión de atención durante las crisis.
- Garantía de calidad en la atención al final de la vida

Valoración geriátrica integral en el momento del ingreso³

Se hizo una valoración clínica, funcional, cognitiva, emocional y nutricional para tener un diagnóstico situacional de la persona.

Se identificaron los/las pacientes con pronóstico vital limitado (1-2 años), empleando la herramienta NECPAL-CCOMS-ICO®. Este cuestionario,

disponible en el ECAP, evalúa indicadores clínicos y la necesidad o solicitud de cuidados exclusivamente paliativos. Incluye una pregunta dirigida al clínico sobre si le sorprendería que la persona falleciera en los próximos 12 meses. Si la respuesta es positiva, significa que tiene enfermedad crónica avanzada y hay necesidad de atención paliativa⁵.

Se propuso el objetivo terapéutico³ de cada persona residente evaluando el diagnóstico situacional³ y la calidad de vida. Se utilizaron la escala de Barthel para la valoración del nivel de dependencia y el Índice Frágil-VIG para el grado de fragilidad. El grado de fragilidad es un buen predictor de la expectativa de vida, ya que refleja el nivel de vulnerabilidad de la persona ante factores estresantes debido a mecanismos compensatorios limitados⁶.

Clasificación de los objetivos terapéuticos según el diagnóstico situacional³:

- **Supervivencia:** para pacientes con buena calidad de vida, intensidad terapéutica máxima y cuyos objetivos de control en patología crónica son los mismos de la población general.
- **Mantenimiento de la funcionalidad:** para pacientes frágiles con muchas comorbilidades, limitaciones en las actividades de la vida diaria y expectativa vital limitada, pero no en situación de final de vida. Se limita la intensidad terapéutica, en los controles de patología crónica no se buscan objetivos clínicos y se prioriza mantener la funcionalidad. Debido a la mayor vulnerabilidad de estos usuarios se procura la reducción de la polifarmacia (pauta de cinco o más fármacos administrados de forma crónica).
- **Control sintomático:** para pacientes con mala calidad de vida, alta fragilidad y esperanza de vida muy limitada (1-2 años); se priorizan las terapias de control de síntomas y los tratamientos poco invasivos.

Véase en la **figura 1** el objetivo terapéutico de cada persona según el diagnóstico situacional⁷.

Con el objetivo de dar una respuesta adecuada a las necesidades de cada persona, se proponía un nivel de asistencial³ en caso de descompensación clínica. El nivel asistencial se definía según su situación basal, el objetivo terapéutico y el consenso del paciente y la familia³.

Niveles asistenciales en nuestra zona: urgencias del hospital de agudos, ingreso en un centro de cuidados intermedios, hospitalización domiciliaria y manejo en la residencia.

Realización del plan de intervención individual compartido³

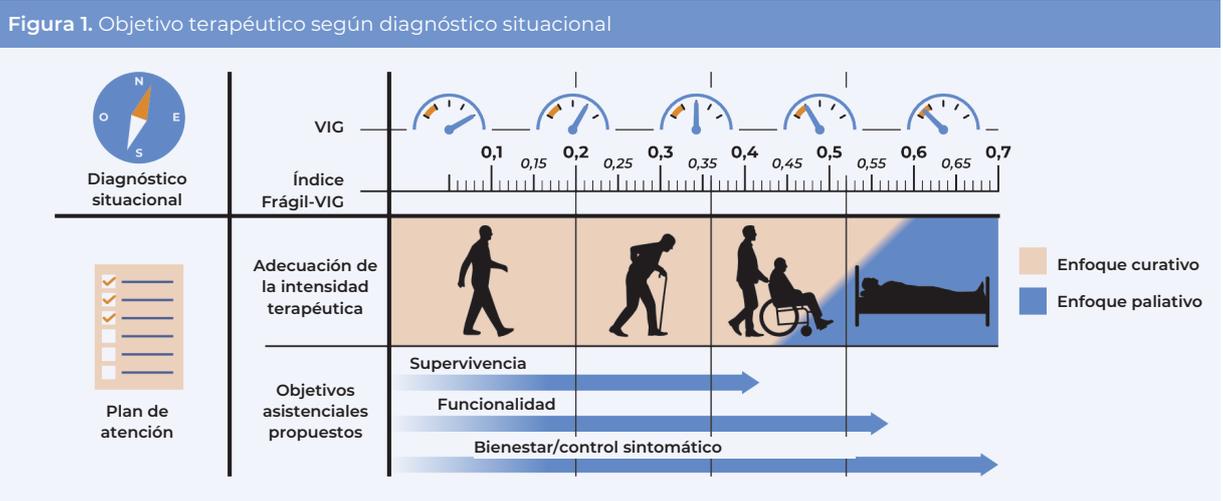
El PIIC es un documento que recoge toda la información social y de salud importante y tiene las recomendaciones de actuación en caso de descompensación o crisis. Este registro está en la historia clínica compartida (HCC) y puede ser consultado por los servicios de urgencias hospitalarias y los servicios sanitarios de atención telefónica urgente.

Se hizo el PIIC de cada persona residente juntamente con esta, si era competente, la familia y la enfermera de la residencia.

Revisión del plan de medicación^{7,8}

El objetivo principal de la revisión del plan terapéutico es adecuar los tratamientos crónicos para minimizar los riesgos asociados a la polifarmacia, previniendo efectos secundarios e interacciones medicamentosas.

En el momento del ingreso se revisó la medicación de cada persona usuaria mediante el modelo de prescripción centrada en la persona (PCP)⁷. Este método esta alineado con los modelos de atención a la cronicidad propuestos por instituciones



Modificada de: Direcció General de Planificació i Recerca en Salut, 2022⁷.

nacionales, como el documento de atención a la cronicidad compleja del Departament de Salut de Catalunya (*Model d'atenció per a les persones fràgils, amb cronicitat complexa i avançada*)³, e internacionales, como la guía de atención a la multimorbilidad del National Institute of Health and Care Excellence (*Multimorbidity: clinical assessment and management (NICE)*)⁹.

Se hizo una armonización del plan terapéutico con el diagnóstico situacional de la persona, su índice de fragilidad y el objetivo terapéutico^{7,8}.

En pacientes con objetivo de mantener funcionalidad y control sintomático, se priorizó la reducción de polifarmacia para evitar riesgos, siguiendo las recomendaciones de los criterios STOPP/START² y los documentos de las sociedades científicas cuando los había (2018 ESC/ESH Guidelines for the Management of Arterial Hypertension¹⁰ y Older Adults: Standards of Medical Care in Diabetes-2021¹¹).

Se dividió la medicación en preventiva, terapéutica y sintomática² y se valoró cada fármaco en relación a la situación actual del paciente. Se valoraba si tenía indicación y generaba beneficio o, por el contrario, debido a cambios clínicos del paciente, podía ser un fármaco inapropiado².

Siguiendo estos parámetros, se propuso la retirada de medicación de prevención primaria en pacientes con esperanza de vida muy limitada y se hizo una valoración individualizada de la medicación de prevención secundaria⁷.

La revisión se llevó a cabo con el soporte de la farmacéutica de Atención Primaria, y los cambios o retirada de medicación, con el consenso del paciente y/o familia.

Junto con la enfermera de la residencia, se hizo también una revisión regular de hipnóticos y antipsicóticos, medicamentos muy comunes en este grupo de pacientes, con el objetivo de evaluar la posibilidad de disminuir su administración o suspenderla, si era posible¹².

Colaboración con las familias de las personas residentes

Se hicieron entrevistas periódicas con las familias. La primera al ingreso y las siguientes para consensuar el objetivo terapéutico, el nivel asistencial en crisis y la estrategia del final de vida, y para informar de cambios clínicos en la situación del residente.

Seguimiento de patologías crónicas

Se hicieron visitas de seguimiento de las enferme-

dades crónicas y controles analíticos ajustados a los objetivos terapéuticos de cada persona.

Atención a las crisis

Se priorizó que la primera valoración médica, ya fuera presencial o telefónica, la hiciera el equipo residencial o el equipo de guardia del centro de Atención Primaria. La decisión sobre qué intervención llevar a cabo en la descompensación se basó en el criterio médico, la gravedad de la crisis, el objetivo terapéutico y el nivel asistencial anotados en el PIIC.

Se dio preferencia a la atención longitudinal y coherente con la situación global de la persona y sus voluntades.

Garantizar la calidad de atención al final de vida^{3,4}

Se priorizaron los tratamientos de confort en pacientes en final de vida y se respetó el lugar donde ser atendido, según los deseos de la persona residente y su familia.

La creación del modelo de atención geriátrica impulsó un trabajo más coordinado entre las distintas residencias y activó la relación entre ellas. Para promover la relación entre centros, se creó el equipo de residencias, compuesto por la enfermera referente de Atención Primaria, las enfermeras de los centros residenciales y los tres médicos. Este grupo hizo tres reuniones anuales en el centro de Atención Primaria para proponer objetivos asistenciales comunes, organizar formaciones y poner en común contextos clínicos complejos y vicisitudes cotidianas.

Desde el equipo de geriatría se ofreció a los médicos de Atención Primaria de las residencias participar en las sesiones clínicas online de geriatría.

EVALUACIÓN PENDIENTE

Este proyecto se implementó como respuesta a una necesidad asistencial, ante el aumento de complejidad de las personas usuarias y la escasez de personal médico en las residencias, sin una planificación de estudio previa. Debido al impacto de la pandemia de la COVID-19 en los centros residenciales, el cambio en el modelo de atención residencial y la evolución favorable del proyecto, se consideró necesario evaluar su impacto en la salud.

Para evaluar los resultados, se han diseñado los siguientes indicadores: número de PIIC redactados, número de derivaciones hospitalarias, número de ingresos hospitalarios, número de pacientes que han muerto en el lugar de preferencia con medicación de confort, porcentaje de polimedicación y número de personas usuarias con

índice fragilidad calculado. A fecha de hoy, queda pendiente la valoración de resultados.

AGRADECIMIENTOS

A las instituciones implicadas: Residència El Casal de Tona, Residència Hotel-Prudenci de Tona, Residència Lantus de Tona, Hospital Universitari de la Santa Creu de Vic, Equip de Atenció Primària de Tona.

FINANCIACIÓN

La financiación fue a cargo de la Gerencia Territorial del Institut Català de la Salut.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Las personas autoras declaran que no existen conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Model d'atenció sanitària integrada a les persones que viuen en centres residencials per a gent gran. [Internet]. Departament de Salut i Departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya; 2022. Disponible en: <https://salutweb.gencat.cat/ca/site/aiss/linies-mesures-prioritaries/atencio-integrada-residencies/index.html>
2. Delgado Silveira E, Muñoz García M, Montero Errasquin B, Sánchez Castellano C, Gallagher PF, Cruz-Jentoft AJ. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START [Inappropriate prescription in older patients: the STOPP/START criteria]. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. Septiembre-octubre de 2009;44(5):273-9. Spanish. doi: 10.1016/j.regg.2009.03.017. Epub 2009 Jun 21. PMID: 19540624.
3. Bases conceptuales i model d'atenció per a les persones fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA). [Internet]. Direcció General de Planificació en Salut del Departament de Salut; 2020. Disponible en: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/7007>
4. Mota-Romero E, Tallón-Martín B, García-Ruiz MP, Puente-Fernández D, García-Caro MP, Montoya-Juárez R. Frailty, Complexity, and Priorities in the Use of Advanced Palliative Care Resources in Nursing Homes. *Medicina (Kaunas)*. 2021 Jan 14;57(1):70. doi: 10.3390/medicina57010070. PMID: 33466767; PMCID: PMC7830978.
5. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X. Identificación de personas con enfermedades crónicas avanzadas y necesidad de atención paliativa en servicios sanitarios y sociales: elaboración del instrumento NECPAL CCOMS-ICO®. [Identification of people with chronic advanced diseases and need of palliative care in sociosanitary services: elaboration of the NECPAL CCOMS-ICO® tool]. *Med Clin (Barc)*. 2013 Mar 16;140(6):241-5. Spanish. doi: 10.1016/j.medcli.2012.06.027. Epub 2012 Oct 25. PMID: 23103110.
6. Amblàs-Novellas J, Martori JC, Molist Brunet N, Oller R, Gómez-Batiste X, Espauella Panicot J. Índice frágil-VIG: diseño y evaluación de un índice de fragilidad basado en la Valoración Integral Geriátrica [Frail-VIG index: Design and evaluation of a new frailty index based on the Comprehensive Geriatric Assessment]. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2017 May-Jun;52(3):119-27. Spanish. doi: 10.1016/j.regg.2016.09.003. Epub 2016 Oct 28. PMID: 28029467.
7. Model de prescripció centrada en la persona (PCP): per a persones fràgils, amb multimorbiditat, cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA). [Internet]. Barcelona: Direcció General de Planificació i Recerca en Salut; 2022. Disponible en: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/8846/model_prescripcio_centrada_persona_persones_fragils_multimorbiditat_cronicitat_complexa_o_avancada_2022.pdf?sequence=1
8. Molist-Brunet N, Sevilla-Sánchez D, Puigoriol-Juventeny E, Bajo-Peñas L, Cantizano-Baldo I, Cabanas-Collell L, et al. Individualized Medication Review in Older People with Multimorbidity: A Comparative Analysis between Patients Living at Home and in a Nursing Home. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Mar 14;19(6):3423. doi: 10.3390/ijerph19063423. PMID: 35329110; PMCID: PMC8955931.
9. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Multimorbidity: clinical assessment and management (NG56). NICE guideline London, UK 2016.
10. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al; ESC Scientific Document Group. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2018 Sep 1;39(33):3021-104. doi: 10.1093/eurheartj/ehy339. Erratum in: *Eur Heart J*. 2019 Feb 1;40(5):475. doi: 10.1093/eurheartj/ehy686. PMID: 30165516.
11. American Diabetes Association. 12. Older Adults: Standards of Medical Care in Diabetes-2021. *Diabetes Care*. 2021 Jan;44(Suppl 1):S168-S179. doi: 10.2337/dc21-S012. PMID: 33298423.
12. Bjerre LM, Farrell B, Hogel M, Graham L, Lemay G, McCarthy L, et al. Deprescribing antipsychotics for behavioural and psychological symptoms of dementia and insomnia: Evidence-based clinical practice guideline. *Can Fam Physician*. 2018 Jan;64(1):17-27. PMID: 29358245; PMCID: PMC5962971. doi: 10.1016/j.cfp.2017.10.001
13. El mapa de la renta de los españoles, calle a calle. El País- Economía [Internet]. 30 de abril de 2021 [consultado el 10 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://elpais.com/economia/2021-04-29/el-mapa-de-la-renta-de-los-espanoles-calle-a-calle.html>