



MINSAP

Hospital Universitario “General Calixto García Iñiguez”

“Estrategia De Transversalización De La Atención

Hospitalaria En Gerontología Y Geriatría”

Dra. Mercedes B. Ramos Quiroga.

Introducción.

La importancia de una estrategia para la trasversalización y verticalización de la atención hospitalaria de las personas mayores.

El fenómeno del envejecimiento de la población, es un hecho de gran trascendencia social que está suscitando la atención a múltiples niveles (políticos, económicos, sociológicos, sanitarios y de investigaciones científicas) por las enormes consecuencias que se están empezando a notar y se acentuarán en los próximos años. Se asiste a un cambio profundo en la estructura por edades de la población que comporta un incremento en términos

Antes del triunfo de la Revolución sólo existían en Cuba una veintena de Hogares de Ancianos, sin otros servicios dedicados a los mismos, en el año 1970 se fundan las primeras casa de abuelos en Cuba y posteriormente en 1974 se hace el primer programa para el Adulto Mayor en el Hospital Emergencias. En 1982 Cuba participa, en la Asamblea Mundial del

Envejecimiento y en 1984 participa en la Asamblea de Implementación de los Acuerdos de Viena, confeccionando el primer programa para este fin, por el entonces naciente grupo Nacional de Geriatría.

En ese mismo año se aprueba la Especialidad de Gerontología y Geriatria, trazando las estrategias docentes, investigativas y asistenciales que se han mantenido en el tiempo y se han profundizado incorporando más recientemente 2004 el estudio de los centenarios en Cuba; En junio de 1985 se inaugura como docente el Servicio de Geriatria del Hospital Freyre de Andrade, conjuntamente revalidan los primeros médicos primer servicio inaugurado con estas características y en febrero de 1986 el del Hospital Hermanos Ameijeiras.

Ya en el 1986 se realiza el programa del médico y enfermera de la familia, con acápites para la atención del Adulto Mayor. En 1996 se reestructura el programa que actualmente funciona.

Desde entonces se han implementado y perfeccionado diversos programas y reglamentos, fundamentalmente para la atención de los institucionalizados y la comunidad, sin que aún se precisen los indicadores en la atención secundaria y en especial en el enfermo que accede a través de los servicios de urgencia.

El ingreso en la urgencia en de los adultos mayores, constituye uno de los problemas de mayor complejidad en las instituciones hospitalarias, dado que estos enfermos suelen presentar gran número de problemas de salud concomitante con el motivo o los motivos que determinan su arribo a este tipo de institución (1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7). A este hecho se suman tres cuestiones más, primero la presencia de los procesos cognitivos en muchos de estos enfermos a presentación atípica de las enfermedades y el maltrato por omisión a que son sometidos frecuentemente.

Uno de los objetivos de nuestro estudio será el identificar las características médicas y sociales de los adultos mayores que son admitidos por el servicio de

urgencia y los factores críticos en el departamento de emergencia y evaluar cómo influyen estos factores en la prolongación de la estadía hospitalaria y el estado funcional al egreso en los centros hospitalarios (2, 3, 4, 7, 8,9, 10,11 12 13 14 y 15). Existen múltiples estudios que avalan las ventajas del proceso de evaluación y manejo geriátrico tanto en instituciones, como en la comunidad, así como la identificación de los criterios de este tipo de intervención y el protagonismo de los diferentes componentes del equipo de evaluación geriátrica. Sin embargo en el paciente admitido por urgencia en los hospitales, existe poca definición de cuales se beneficiaran de este tipo de intervención , aun cuando estudios retrospectivos evalúan las condiciones al ingreso, los diagnósticos y estado funcional al alta (13,14,15,16,17,18,19,20) todavía no existe consenso sobre los indicadores óptimos de admisión en los servicios de geriatría, ni que enfermos adultos mayores serían beneficiarios de esta atención, su repercusión en las readmisiones y el estado funcional al egreso, así como la inserción en los servicios de cuidados continuados de estos enfermos y su reevaluación a corto y a mediano plazo.

Los diferentes estudios relacionados con el tema, señalan que la incidencia de enfermedades, así como que el 20 % de estos pacientes solamente son admitidos en servicios geriátricos, siendo las enfermedades cardiovasculares y las respiratorias las principales causas de ingreso así como la descompensación de enfermedades crónicas previas. Estos estudios han señalado los beneficios del programa de intervención geriátrica, por lo que se hace necesario estandarizar los criterios de selección e intervención en los adultos mayores hospitalizados (2, 3, 4, 7, 10, 20, 21,22).

La transición demográfica hacia el envejecimiento es un gran reto, se ha estimado que en el mundo la población mayor de 60 años aumentará considerablemente desde el año 2000 al 2050, de un 11 a un 22 %, el número absoluto de personas de 60 años y más se incrementará desde 605 millones hasta 2 billones, y el número de personas de 80 años y más se cuadruplicará ascendiendo a 395 millones en igual periodo (23, 24, 25). En consecuencia la necesidad de cuidado se cuadruplicará debido a la incapacidad de las personas de cuidar de si mismo producto de una limitación física, fragilidad o discapacidad mental. También se estima que un 25 a 30% de la población mundial mayor de 80 años pueda presentar algún grado de vulnerabilidad o de fragilidad. En este escenario los países de mediano y bajos ingresos son los que experimentarán el más rápido y dramático cambio demográfico hacia el envejecimiento, mientras que en el viejo continente naciones como Francia tomaron más de 100 años para que su población mayor de 60 años se duplicara de un 7 a un 14%, otros países como Brasil y China han alcanzado ese mismo crecimiento en menos de 25 años, una situación similar es la que afronta Cuba en estos momentos (23, 24, 25).

En la Región de las Américas en el año 2010 la población de 60 años y más alcanzó el 13.1% de la población total, con un índice de envejecimiento de 53 adultos de 60 años y más por cada 100 niños menores de 15 años, y 49 adultos de 75 años y más por cada 100 niños menores de 15 años. Once países: Canadá, Cuba, Puerto Rico, Martinica, Barbados, Estados Unidos, Uruguay, Guadalupe, Antillas Holandesas, Argentina y Chile, superan el índice de envejecimiento de la región. De ellos, solo en Canadá la población de adultos

mayores supera la población menor de 15 años, teniendo 122 adultos mayores por cada 100 niños. En el año 2025, Cuba que tendrá aproximadamente dos adultos por cada niño menor de 15 años (183 adultos por cada 100 niños)

Cuba es un país en vías de desarrollo con indicadores de salud similares a los de países desarrollados y con un rápido envejecimiento de su población total, con un 20.8 % de su población que supera los 60 años y una esperanza de vida al nacer de 77.97 años, (76 años para los hombres y 80.02 para las mujeres) y de 22.09 años a los 60 años y 8.8 años más a los 80 años. Se estima que para el año 2025 Cuba se convertirá en el país de Latinoamérica con mayor proporción de adultos mayores (25% de la población con 60 años y más de edad).

En nuestro país el tema del envejecimiento poblacional ha sido una preocupación del Partido y el estado, así consta como lineamiento de la política económica del estado el cual es un objetivo priorizado, con un seguimiento especial.

En el momento actual se ha constatado estadísticamente los servicios de mayor demanda por los senescentes, así como con la incorporación de nuevas tecnologías, por lo que se requiere aplicar instrumentos de evaluación transdisciplinaria que garanticen la eficacia en la aplicación de los diversos procedimientos tanto en el orden clínico como intervencionista.

Esta circunstancia ha determinado, que el proceso de atención a las personas mayores a nivel hospitalario, el geriatra pase de ser de un mero interconsultante a un integrante de los equipos interdisciplinarios que forma parte del proceso de toma de decisiones en las acciones a realizar a los senescentes

Con tal fin se realizará un estudio encaminado a diseñar y validar instrumentos de fácil aplicación , basados en criterios de fragilidad y urgencias geriátricas y atención aguda, con el fin de dar una mejor atención a los enfermos de estas edades, ingresados en nuestros centros hospitalarios, de esta forma disminuir la discapacidad en enfermos que han sufrido discapacidad catastrófica y garantizar la inserción en un sistema de cuidados que garantice la aplicación de decisiones terapéuticas individualizadas basada en los criterios actuales, para la toma más acertada de decisiones terapéuticas, con la consecuente disminución del índice de carga y lograr mejor calidad de vida para el paciente y sus familiares.

Situación Problemica:

- 1.- Los estándares de salud alcanzados por Cuba han favorecido el incremento de la esperanza de vida, lo cual lleva a incrementar las necesidades de servicios especializados tanto clínicos como quirúrgicos, con mayor uso de recursos médicos y sociales.
- 2.- En consecuencia se ha incrementado la atención en la urgencia por servicios no especializados en la atención de personas mayores.
- 3-Puede reducirse con la acción transversal, haciéndose necesario la inclusión en los grupos interdisciplinarios de los servicios más utilizados por los adultos mayores, la necesidad de ofrecer técnicas intervencionistas y opciones terapéuticas.
- 4-Mediante la toma de decisiones por los profesionales implicados en la atención de este grupo de enfermos lograr mejores resultados.

Esto nos llevó a plantear el siguiente problema:

¿Podemos lograr un impacto mediante la atención transversal, verticalizada, e integral a las personas mayores, en los servicios más demandados por este grupo de enfermos?

Aspectos de Evaluación Transvertical

Compartidas con equipo multiprofesional	Predicción del pronóstico vital y clínico (complicaciones) -Valoración del riesgo quirúrgico -Ayuda en toma de decisiones clínica -Establecimiento de objetivos considerando las prioridades del paciente
Intervenciones habituales en geriatría	-Valoración global de la comorbilidad -Control de enfermedades descompensadas -Revisión y ajuste de la medicación general -Adecuación de fármacos -Minimización de la medicación psicoactiva (sedante) -Revisión analítica y tratamiento de las deficiencias detectadas -Prevención, detección y manejo de los síndromes geriátricos ✓ Delirium ✓ Caídas ✓ Inmovilidad ✓ Estreñimiento ✓ Demencia Tratamiento de los problemas afectivos (especialmente depresión) -Seguimiento clínico del post operatorio -Ajuste y tratamiento del dolor -Intervención nutricional -Prevención del deterioro funcional -Prescripción de ejercicios físicos -Recomendación de fisioterapia/terapia ocupacional si se precisa -Optimización del entorno hospitalario (barreras, catéteres, presencia familiar) -Recomendación de ayuda técnica para la marcha -Corrección de las alteraciones sensoriales
De planificación y continuidad asistencial	-Ayuda en la planificación del alta -Consejo sobre soporte social y derivación a trabajo social, si se precisa -Fomento de la participación familiar en los cuidados

Forma de introducción a la práctica y nivel de aplicación

La introducción de este protocolo de atención de evaluación y manejo transversal y verticalizada, para la atención hospitalaria de los enfermos de adultos mayores, afectos de procesos clínico-quirúrgicos, oncogeriatricos, cardiogeriatricos, nefrogeriatricos, neurogeriatricos, ortogeriatricos, y ancianos politraumatizados. Una vez que se apruebe, pudiera extenderse su aplicación a nivel nacional, atendiendo a las características de cada territorio, como parte de las medidas que está llevando a cabo el Ministerio de Salud Pública, para enfrentar el proceso de envejecimiento poblacional en Cuba .Sería una acción coordinada por los decisores de salud.

Descripción del impacto social o económico que se espera de los resultados.

El resultado de impacto social esperado consiste en su novedad, en la búsqueda realizada en la literatura no se encontró que existan estudios que muestren una evidencias, en el reconocimiento de necesidades de atención, esto permitirá organizar mejor los servicios de salud en función de manejo del adulto mayor, su diagnóstico y manejos precisos, confeccionado un programa de prestación de servicios basados en la evidencia. Desde el punto de vista económico, esto permite un uso racional de los recursos, disminuye la estadía y favorece la evolución del enfermo, lo que condiciona impacto en los indicadores hospitalarios, teniendo en cuenta que el 70% de los ingresados en los hospitales rebasan la sexta década de la vida y así se ahorran recursos monetarios.

Diferencias entre las interconsultas de geriatría habituales y las de geriatría transversal

	Interconsultas habituales	Geriatría Transversal
Grado de desarrollo	Nivel existente en la mayoría de los servicios	Actividad emergente y en desarrollo
Ubicación del paciente	Hospitalizados	Hospitalizados, hospital de día o consulta externa
Momento del proceso	Consulta em el seno de un proceso agudo	Consulta de pretratamiento o preprocedimiento
Actividad principal	Seguimiento y control clínico	Evaluación con énfasis en la fragilidad Ayuda en la toma de decisiones Muchos pacientes son incluidos en seguimiento
Servicio consultor	Generalmente único	Atendidos por varios servicios (Heart team, comité de tumores, equipos multidisciplinares)
Especialidades consultoras	Traumatología, cirugía general, urgencias, medicina interna	Oncología médica y radioterapia, hematología, cirugía general, cardiología, urología, cirugía vascular
Modelo de asistencia	A demanda protocolizado, reactivo	Precisa protocolización ajustada a cada perfil de pacientes, proactivo
Instrumento de valoración	Valoración geriátrica integral habitual	Además de la valoración habitual incluye siempre valoración de la fragilidad
Enfermedad de base	Enfermedad de base muy variada (aunque puede ser monográfico p. ej. Ortogeriatría)	Determinadas enfermedades concretas (estenosis aórtica, cáncer de cierta localización, etc)
Modelo de actuación	Bien establecido, clásico	En desarrollo, precisa mucha investigación

Actividades de geriatría transversal		
Compartidas con equipo multiprofesional	-Predicción del pronóstico vital y clínico (complicaciones) -Valoración del riesgo quirúrgico -Ayuda en toma de decisiones clínica -Establecimiento de objetivos considerando las prioridades del paciente	
Intervenciones habituales en geriatría	-Valoración global de la comorbilidad -Control de enfermedades descompensadas -Revisión y ajuste de la medicación general -Adecuación de fármacos -Minimización de la medicación psicoactiva (sedante) -Revisión analítica y tratamiento de las deficiencias detectadas -Prevención, detección y manejo de los síndromes geriátricos ✓ Delirium ✓ Caídas ✓ Inmovilidad ✓ Estreñimiento ✓ Demencia	-Tratamiento de los problemas afectivos (especialmente depresión) -Seguimiento clínico del post operatorio -Ajuste y tratamiento del dolor -Intervención nutricional -Prevención del deterioro funcional -Prescripción de ejercicios físicos -Recomendación de fisioterapia/terapia ocupacional si se precisa -Optimización del entorno hospitalario (barreras, catéteres, presencia familiar) -Recomendación de ayuda técnica para la marcha -Corrección de las alteraciones sensoriales
De planificación y continuidad asistencial	-Ayuda en la planificación del alta -Consejo sobre soporte social y derivación a trabajo social, si se precisa -Fomento de la participación familiar en los cuidados	

Dimensiones e instrumentos utilizados y/o recomendados para la valoración geriátrica y la evaluación de la fragilidad en pacientes en tratamientos especializados por otros servicios diferentes a geriatría

Oncología\Hematología	
Test de cribado	Vulnerable Elderly Survey VES-13, G8
Comorbilidad	Charlson Comorbidity Index, Cumulative Illness Rating Scale Geriatrics, numero de enfermedades
Valoración global	Geriatric Assessment in Hematology (GAH) Scale
Medicación	Criterios de Beers, Criterios STOPP-START
Nutrición	Índice de masa corporal, Mini Nutritional Assesement (MNA), Abridged Patient-Generated Subjetive Global Assesement (abPG-SGA), pérdida de peso no intencional
Situación funcional	Actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, movilidad FAC
Estado cognitivo	Mini Mental State Examination, MOCA, Mini-Cog, Blessed Orientation-Memory-Concentration, Cuestionario de Pfeiffer
Estado afectivo	Geriatric Depression Scale de Yesavage, Hospitalized Anxiety and Depression Scale
Síndromes geriátricos	Caídas, incontinencia, sentidos, úlceras, insomnio
Fragilidad	Eastern Cooperative Oncology Group, Vulnerable Elderly Survey VES-13, Timed Up and Go, Short Physical Performance Battery, fuerza de presión, velocidad de la marcha, indice fragil-VIG
Situación social Calidad de vida Expectativa de vida	Escala de Gijón EuroQol-5D ePrognosis

Cardiología\Neurología,	
Comorbilidad	Cumulative Illnes Rating Scale (CIRS), Índice de Chalson, pluripatología (número de enfermedades), anemia, necesidades de oxígeno suplementario
Polifarmacia	Polifarmacia, numero de fármacos, criterio de Beers, criterios STOP-START, Medication Appropriateness Index
Nutrición	Albumina sérica, Mini Nutritional Assessement (MNA)
Situación funcional	Actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria, Índice de Katz, Índice de Barthel, escalas de movilidad, Escala ISAR, Dulce Activity Status Index
Situación cognitiva	Mini Mental State Examination, Cuestionario de Pfeiffer, Test del Reloj, Color trails, cognistat evaluation
Delirium	Confusion Assessment Mechod, Memorial Assessment Delirium Scale
Depresión	Geriatric Depression Scale of Yesavage, Zung Self-rating Depression Scale, Hospital Anxietyand Depression Scale
Síndromes geriátricos	Caídas en el último año, déficits sensoriales
Fragilidad	Fenotipo de Fried, Velocidad de la marcha, fuerza de presion, fuerza de extremidades inferiores, Short Physical Performance Batttery (SPPB), Esencial Fraity Toolset, Clinical Fraity Score, Test Up and Go, velocidad de la marcha, «apariencia general» del paciente e «impresión» del clínico
Calidad de vida	36-item Short- Form Health Survey for QOL Assessment, EuroQol
Soporte social	Convivencia

Cirugía/Ortogeriatría y politrauma

Comorbilidad	Especialmente valoración cardiopulmonar, evaluación analítica dirigida a pacientes ancianos, Cumulative Illness Rating Scale, Chalon Comorbidity Index, detención de abuso de sustancias (alcohol), anemia, pluripatología >3 enfermedades
Adecuación de medicación	Polifarmacia, criterios de Beers, criterios STOP-START
Nutrición	Índice de masa corporal, pérdida de peso reciente, albumina sérica, Mini Nutritional Assessment
Dolor	Evaluación del Dolor
Síndromes geriátricos	Inmovilidad, caídas, estreñimiento, disfagia, incontinencia Estado cognitivo: Delirium, demencia (Mini Mental State Examination, MOCA), Estado afectivo: depresión, Geriatric Depression Scale of Yesavage Problemas sensoriales
Situación funcional	Actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria (vários), Identification of Senior at Risk (ISAR) Score, movilidad, Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)
Fragilidad	Evaluación de la fragilidad basal: Vulnerable Elderly Survey VES-13, G8, fenotipo de FRIED, Frailty Index, Frail, Clinical Frailty Scale, velocidad de la marcha, fuerza de prensión, Edmonton Frail Scale, Criterios de fragilidad de Balducci, Índice Frail-VIG, Sarcopenia
Psicosocial	Evaluar las expectativas del paciente y el curso prevenible, evaluación de la situación social

Urología

**Comorbilidad
Estado nutricional
Valoración geriátrica
integral
Situación funcional
Situación cognitiva
Fragilidad
Expectativa de vida**

Actividades de la vida diaria
Mini-COG
G8

Conclusiones

La nueva visión de la atención gerontológica en un mundo envejecido ha determinado la integración del geriatra en la atención del anciano por las diversas especialidades con el objetivo de lograr una terapéutica eficiente y eficaz; considerando los costos y el índice de carga para los países y en especial para los de menor desarrollo.