

La valoración geriátrica hoy: atención domiciliaria

Joan M. Pérez-Castejón Garrote

Geriatra. Director Asistencial

Correspondencia:

Clínica Barceloneta (Centro Sociosanitario)

Pescadors, 88. 08003 Barcelona

Resumen

La atención domiciliaria es un ámbito ideal para desarrollar las estrategias de prevención destinadas a evitar el desarrollo de la dependencia en el anciano, minimizar sus efectos cuando se presente y ofrecer cuidados de calidad técnica y humana en las fases más avanzadas de la enfermedad. Todo ello facilitado a través de la valoración geriátrica integral y el seguimiento de sus recomendaciones.

Las revisiones sistemáticas de la literatura aportan conclusiones diversas pero con resultados evidentes en cuanto a sus beneficios. Es preciso avanzar de la coordinación a las estrategias de integración entre niveles asistenciales para consolidar líneas de avance en atención domiciliaria.

Palabras clave: Atención domiciliaria. Anciano. Valoración Geriátrica Integral. Atención Integrada.

Summary

Home care is a field where carrying on the prevention strategies and cares addressed to avoid the dependence development, minimizing its effects when appearing and offering the technical and human quality cares before the most advanced disease stages. All this facilitated through the comprehensive geriatric assessment and the follow up of its own recommendations.

The systematics literature reviews are contributing with some different conclusions but with evident results referring its benefits. It is therefore needed to progress on the coordination of integration strategies between the different assistance levels in order to strenghten the advancing lines on the home care

Key words: Home care. Comprehensive geriatric assessment. Integrated care.

La atención domiciliaria en Geriatría es un campo de actuación muy relevante. Sobre su eficacia en la atención a los ancianos, hemos observado recientemente en la literatura anglosajona y también en nuestro país la aparición de revisiones que muestran visiones contrapuestas dependiendo del ámbito de trabajo y la especialidad de sus autores¹. El domicilio es un lugar estratégico para la prevención, los cuidados y la atención sociosanitaria para muchos ancianos pero ante todo es su hogar y a menudo el medio en el que se manejan, a pesar de las dificultades, con mayor autonomía y seguridad. El domicilio será escenario de estrategias de coordinación, de integración en el mejor de los casos, pero también el lugar donde se pondrán a veces de manifiesto las contradicciones de nuestro modelo de atención a veces excesivamente compartimentado.

Definición

Una de las definiciones clásicas de atención domiciliaria en geriatría la resumen Wieland, Ferrell y Rubenstein como aquellos cuidados de salud integrales proporcionados en el domicilio a pacientes ancianos incapacitados y a sus familias con el propósito de promover mantener o minimizar el efecto de la enfermedad y la discapacidad².

La valoración geriátrica en atención domiciliaria contribuye a dar respuesta a necesidades no cubiertas, a la discreta coordinación de los servicios que trabajan en la comunidad y, en definitiva, como nos ilustran Pérez del Molino³ y Rubenstein, a poner de manifiesto la exposición de un iceberg de incapacidad no reconocida⁴.

Introducción

En los últimos años tanto publicaciones biomédicas como del ámbito general han puesto de manifiesto el impacto que el envejecimiento demográfico supone sobre los sistemas de salud soslayando a menudo todas las connotaciones positivas que también conlleva.

Dificultades

Adams, *et al*⁵ resumen la experiencia de un grupo focal de médicos de atención primaria norteamericanos que reflexionan sobre las dificultades que encuentran al atender cotidianamente a pacientes ancianos (Figura 1).

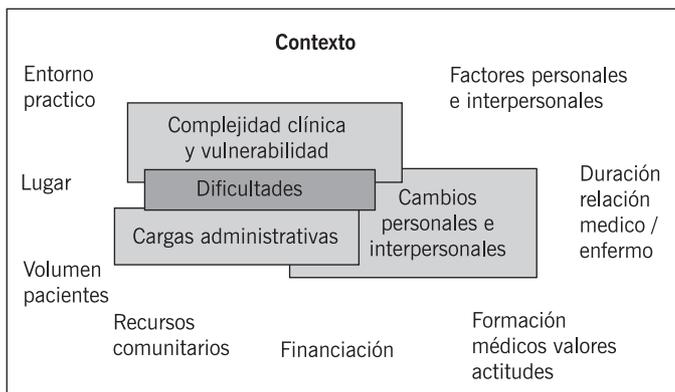


Figura 1. Dificultades en la atención cotidiana a pacientes ancianos (tomado de Adams, et al⁵).

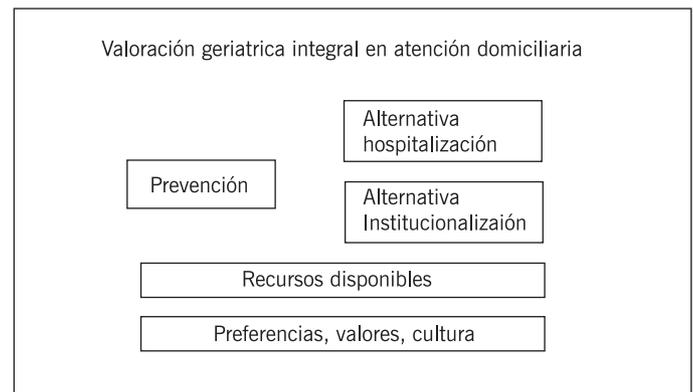


Figura 2. Aproximaciones a la Valoración Geriátrica integral en atención domiciliaria

Sitúan las dificultades en tres grandes dominios: En primer lugar la Complejidad clínica y la vulnerabilidad que objetivan al atender frecuentemente ancianos con deterioro cognoscitivo y dificultades sensoriales, múltiples problemas médicos, riesgo de problemas relacionados con la medicación y resultados modestos de las intervenciones de salud junto a la necesidad de intervenir en enfermedades crónicas de larga evolución.

En segundo lugar las barreras y dificultades burocráticas y la necesidad de trabajar con diferentes administraciones. En tercer lugar los cambios personales e interpersonales que comporta el envejecimiento y que comprenden a su vez las barreras comunicativas, el trabajo con la familia, los aspectos éticos y la necesidad de un mayor tiempo de atención. Son reflexiones transculturales y probablemente podrían ser compartidas por los profesionales de atención primaria que atienden cotidianamente en nuestro país a muchas personas que responden a este perfil.

Valoración geriátrica integral en atención domiciliaria, experiencia, efectividad y eficiencia

A grandes rasgos la literatura que evalúa la efectividad de la valoración geriátrica integral en atención domiciliaria y centrada en la comunidad pone de manifiesto tres tipos de aproximaciones muy interrelacionadas que se muestran en la Figura 2.

La primera tiene que ver con todos los aspectos centrados en la prevención.

La segunda considera la Atención domiciliaria como alternativa a la hospitalización. Una tercera aproximación sería la que considera la Atención domiciliaria basada en la valoración geriátrica integral como alternativa a la institucionalización.

A pesar de lo poliédrico de las definiciones la literatura aporta líneas generales resultados en tres direcciones. La prevención del deterioro

funcional, la disminución de la mortalidad y finalmente la disminución en la institucionalización.

Hay que ser cauto en la interpretación de los resultados puesto que deben considerarse los recursos de los que se dispone en cada momento, lugar y situación así como las preferencias, los valores y la cultura a la que pertenecen las personas atendidas.

Si hubiera que significar lugares comunes a todas estas aproximaciones todas pretenden favorecer la permanencia en el domicilio el mayor tiempo posible con la mejor calidad de cuidados dando respuesta a las necesidades en un entorno que facilite la atención continuada.

Las transiciones entre niveles asistenciales son uno de los momentos críticos de la atención a los ancianos. Naylor, et al⁶ describen cómo la planificación cuidadosa del alta hospitalaria y la prolongación en el seguimiento posterior por un equipo experto durante 15-30 días tiene un efecto favorable y mantenido sobre los reingresos hospitalarios. Estas personas responden a un perfil determinado. La mayoría tienen más de 80 años, insuficiente apoyo social y alta comorbilidad. Su grado de incumplimiento terapéutico era alto. Habían experimentado un notable empeoramiento funcional y varios ingresos hospitalarios en los meses anteriores y además su percepción de salud era muy pobre. Anteriormente Kravitz y Reuben⁷ nos habían mostrado en una experiencia liderada por enfermeras expertas en Geriátrica, que la valoración geriátrica domiciliaria exhaustiva en el momento del alta hospitalaria permite identificar nuevos problemas en prácticamente el 99% de los casos. Otras experiencias han intentado avanzar en otra dirección. Bernabei, Landi et al,⁸ proponen un modelo de atención integrada para ancianos que viven en la comunidad basado en la gestión de casos. Propusieron un estudio en el que los pacientes del grupo de intervención disminuyeron de manera estadísticamente significativa el declive funcional y la institucionalización.

Cuanto a la efectividad algunos autores como Van Haastregt⁹ y Elkan¹⁰ han mostrado conclusiones diferentes a partir de revisiones sistemáticas basadas en la metodología de la medicina basada en la evidencia. En la revisión de Van Haastregt, et al se aportaban resul-

tados modestos que avalaran los beneficios de la visita domiciliaria preventiva en relación con la mejora en la función física y psicosocial, la disminución en el riesgo de sufrir caídas y de institucionalización y la disminución de la mortalidad global. En la revisión de Elkan *et al*, más reciente, se evaluaron 15 estudios de los cuales 13 eran randomizados, nueve sobre población anciana en general y seis sobre ancianos definidos como de riesgo. De estos últimos, cuatro eran en la fase de postalta hospitalaria inmediata y dos se efectuaron en personas que recibían atención a cargo de agencias de servicios personales a domicilio. El trabajo de Elkan *et al*, mostró resultados más favorables en referencia a la disminución de la mortalidad global, del 43%, y de la institucionalización en estas personas. Estas aparentes contradicciones pueden inducir a confusión. El análisis de la revisión de la doctora Elkan invita también a reflexionar ya que parece difícil disminuir la mortalidad y las admisiones en las instituciones (OR 0,63) sin que existan efectos positivos sobre el estado funcional. Quizás suceda que interpretar la medida del resultado es más complejo cuando no se entienden bien todos los procesos asociados¹¹.

Otros autores como Clark¹² apuntan que la efectividad de este tipo de actuaciones no debiera ser juzgada con la metodología del ensayo clínico randomizado. Nos explica que en el análisis de los resultados de las intervenciones deberíamos tener en cuenta la existencia de una compleja mezcla de múltiples variables independientes de difícil control. Lo mismo podríamos decir de las variables resultado, excesivamente influenciadas por el modelo médico tradicional muy focalizado en la enfermedad y la reducción de la morbimortalidad y otras variables y no tanto en un modelo basado en la persona más enfocado en el empoderment, la autonomía y la independencia en la toma de decisiones entre otros aspectos. Dos visiones y dos modelos. Probablemente la respuesta correcta radique en la síntesis de cada uno de ellos.

En la revisión sistemática acerca de la eficacia de la visita domiciliaria preventiva como estrategia para la prevención de la institucionalización y declive funcional que más impacto ha tenido en los últimos años, Stuck y Egger¹³ analizan 18 estudios metodológicamente rigurosos y analizan qué elementos se asocian con un mejor resultado apuntando interesantes conclusiones. La intervención se asoció de manera estadísticamente significativa a disminución de la mortalidad en las poblaciones más jóvenes (RR, 0,76, 95% CI, 0,65 -0,78 para edades entre 72,7 - 77,5 años) incluyendo cinco estudios en pacientes más frágiles. No fue así en los más ancianos. La institucionalización disminuyó prácticamente un 40% en todos los grupos y se asociaba al número de visitas de seguimiento. Cuanto mayor es el número de visitas mayor es la eficacia de la intervención. Rubenstein sintetizó posteriormente las conclusiones de este y anteriores trabajos de Stuck y Eger¹⁴. Nos enseña que, en primer lugar, es imprescindible la existencia de una adecuada selección de las personas que van a ser evaluadas. Estos programas para ser eficaces necesitan ir bien dirigidos. ¿Quién puede beneficiarse más? Los pacientes frágiles y de alto riesgo; especialmente los recientemente hospitalizados o los que eran considerados candidatos a cuidados de larga duración, que deberían ser evaluados según su patrón de necesidades y disponer de un seguimiento intenso con participa-

ción de los especialistas. Aquellos pacientes de riesgo moderado o pacientes mayores de 75 años con patología crónica podrían beneficiarse de la visita domiciliaria preventiva con el seguimiento apropiado. Los pacientes de menor riesgo se beneficiarían, como los anteriores, de la atención universal por parte de la atención primaria con la colaboración puntual de la atención especializada si fuera necesario. En definitiva para que la valoración geriátrica sea eficaz en este nivel de intervención, el domicilio, es imprescindible que la indicación sea correcta y que se proporcione al subgrupo de población que mayor beneficio pueda obtener de ella. Stuck y Egger¹⁵ de nuevo, sintetizan muy recientemente los puntos clave a tener en cuenta en programas cuyo objetivo sea la prevención de la discapacidad en el anciano. Considerando que la expectativa del número de ancianos dependientes tenderá a aumentar las próximas décadas, aquellos programas de valoración geriátrica destinados a reducir o disminuir el inicio de la dependencia deberían ser considerados como una prioridad en las políticas de salud pública.

Aportan cuatro ideas fuerza a la hora de implementar dichos programas. Refieren en primer lugar que un simple cuestionario de screening puede no ser lo suficientemente eficaz para determinar quien se beneficia más de la valoración.

Afirman que existe suficiente evidencia de que los programas de valoración geriátrica multidimensional disminuyen el riesgo de institucionalización. En tercer lugar programas basados en una única evaluación son menos efectivos que los que se componen de repetidas evaluaciones y largo tiempo de seguimiento y finalmente, el equipo de atención primaria puede manejar los problemas de la misma forma que el equipo geriátrico. Los pacientes más frágiles sin embargo requerirán otro tipo de manejo y aproximación.

Existe una debilidad común en esta y otras aproximaciones a la valoración geriátrica especialmente relevante en el domicilio y es la adherencia y el seguimiento de las recomendaciones. Cuando los programas refuerzan estas dos áreas y aseguran su cumplimiento son además más eficientes^{16,17}.

Situación actual

El territorio en el que Clínica Barceloneta desarrolla su actividad sociosanitaria es sin duda singular. La población objeto de nuestra atención (especialmente la de Ciutat Vella) tiene algunos rasgos diferenciales con el resto de población envejecida de Barcelona. Casi un 30% de la población es mayor de 65 años. Hay por tanto un mayor índice de sobre-envejecimiento (Relación de personas mayores de 84 sobre las de 64) que en otros barrios de la ciudad) y dificultades de entorno, barreras arquitectónicas y situaciones precarias, con frecuencia, por lo que se refiere a recursos económicos.

La aportación a la atención domiciliaria desde la atención sociosanitaria en Geriátrica se ha llevado a cabo en nuestro medio a partir de la experiencia de los Equipos PADES. Dichos equipos trabajan cotidianamente en la asistencia a pacientes ancianos con diferentes niveles de incapacidad siendo otro de los pilares de su actividad los

Cuidados Paliativos. Son equipos interdisciplinarios compuestos por Profesionales de la Medicina, Enfermería y Trabajo Social con experiencia y capacitación en Geriátrica y Cuidados Paliativos. En nuestro caso como valor añadido, formando parte de la oferta asistencial de nuestro Centro Sociosanitario que cuenta con 150 plazas de internamiento (Larga estancia 118, Media estancia 32, Hospital de día 10) y que gestiona a su vez la residencia pública del barrio, Residencia Barceloneta Bertran i Oriola (92 plazas de internamiento y 16 de). En líneas generales los equipos PADES son equipos de apoyo, no de sustitución, del equipo de atención primaria. Su ámbito de cobertura no es universal, existe por tanto una selección de los pacientes. Su intervención se da, preferentemente, cuando la complejidad es mayor y uno de sus objetivos es tratar de contribuir a mejorar la coordinación y continuidad en los cuidados en las personas que atienden. Desarrollan su actividad en torno a los tres grandes ámbitos que resume la Tabla 1, las actividades relacionadas con la Valoración Geriátrica Integral, los cuidados paliativos y programas específicos conjuntos con atención primaria. La relación con ésta debe ser, en cualquier caso, muy fluida, y darse idealmente en un escenario de atención compartida. Muchas de las personas atendidas ya estaban incluidas previamente en los programas de atención domiciliaria de atención primaria (Programa ATDOM, Programa Salud a casa). Globalmente en Catalunya, la mayoría de los pacientes ingresan en el programa PADES a petición de la atención primaria.

Según los datos globales del CMBD sociosanitario de 2002 que se muestran en la Tabla 2, la edad media de las personas atendidas por los equipos PADES de Catalunya está próxima a los 80 años, con una estancia media de los procesos acabados de 38,1 días y una mortalidad del 34,4%.

En cualquier caso merece la pena esforzarse en definir mejor cual es la población que debe beneficiarse más de la actividad conjunta de los equipos de soporte con la atención primaria, describir claramente los criterios de acceso y los circuitos, describir todos los procesos asociados y elaborar trayectorias clínicas compartidas entre los diferentes niveles asistenciales. Es cierto que en determinados territorios se ha avanzado mucho en esta dirección pero esas experiencias todavía no se pueden generalizar a todo el territorio. En el domicilio vamos a confluir a menudo diferentes equipos (Atención primaria en primer lugar, O61, Servicios Sociales, equipos especializados de apoyo tipo PADES...) con distintas culturas y metodología, áreas de capacitación diversas y distintos lenguajes pero con un fin común, trabajar conjuntamente para personas que necesitan de nuestra atención y consejo. Queda por tanto mucho trabajo por hacer.

En un escenario ideal de atención compartida los niveles de intervención de los equipos de soporte se basan en la gestión de casos, la actuación como equipos consultores, la atención directa de los casos complejos y la promoción de actividades docentes y de investigación aplicadas en el ámbito de la atención domiciliaria. La realidad hace que debamos actuar con frecuencia en situaciones de enfermedad avanzada o con secuelas o bien cuando la dependencia ya está establecida. La valoración geriátrica integral en prevención terciaria también será de utilidad mediante la implementación del plan terapéutico, herramienta indispensable, con objetivos realistas y actividades

Tabla 1. Actividades asistenciales comunes a la mayoría de los equipos PADES de Catalunya

Que ofrecemos?
- Actividades en el ámbito de valoración geriátrica integral
- Actividades en el ámbito de los cuidados paliativos
- Programas conjuntos con atención primaria

Tabla 2. Datos del CMBD referentes a la actividad PADES 2002 (Fuente: Activitat Asistencial de la xarxa sanitària de Catalunya 2002. Informe del registre del conjunt mínim bàsic de dades. Servei Català de la Salut)

Diagnóstico principal				
Diagnóstico principal	Edad media	Mujeres/hombres	Mortalidad	n
Demencia	83,1	70/30	23,6%	1517
N. Pulmón	69,1	12/28	59,7%	575
AVC	79,4	56/44	15,8%	426

Datos actividad Pades 2002	
Total 2002	11552
Otros dg	7587
Estancia media procesos acabados	38,1 días
Mortalidad	34,4%

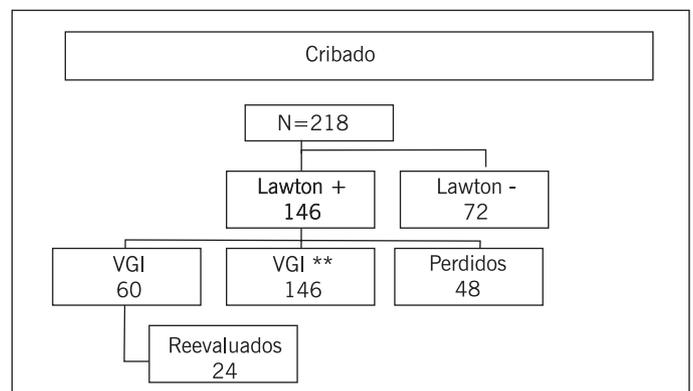


Figura 3. Actividad Evaluadora desarrollada a partir del cribado de las actividades instrumentales de la vida diaria²¹

posibles en el entorno que permitan conseguirlos para así facilitar la toma de decisiones. Útil para la prevención de los efectos, empeoramiento o secuelas de las enfermedades ya establecidas; para rehabilitar en la medida de lo posible o adaptar al paciente a las mismas dando también consejo técnico y apoyo humano a sus cuidadores.

Util también para minimizar las consecuencias de la enfermedad y facilitar la recuperación en el nivel asistencial mas adecuado cuando sea posible.

Una experiencia de integracion en atención domiciliaria: El proyecto beca

El barrio de la Barceloneta tiene una población, de acuerdo con el padrón municipal de hace 5 años de 15192 habitantes de los cua-

les 4015 tienen 6 años o más y 1974, 75 años o más. 1270 de estas personas viven en soledad y la proporción de gente que vive sola se incrementa desde el 22,3% para las que tienen entre 65 y 69 años hasta el 47,8% de las que tienen entre 85 y 89 años. El 74,6% de las viviendas del barrio tienen menos de 60 m² de superficie y un 26,4% menos de 30 m².

La OMS en el 2000 seleccionó doce proyectos cuyo propósito fuera detectar experiencias en las que destacase la cooperación entre los agentes implicados en la salud de la población. Uno de estos proyectos, el proyecto AUPA, se elaboró a partir de la experiencia del equipo de Atención primaria de la Barceloneta. El proyecto BECA,

Tabla 3. Vista anterior de la Hoja de recomendaciones del protocolo de Valoración

Poner una cruz donde corresponda:

<p>1. Requiere una intervención urgente a proporcionar en < 72 horas</p> <p style="padding-left: 40px;">Directa <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">Atribuido al cuidador/a <input type="checkbox"/></p> <p>2. No requiere una modificación de la situación actual. Se programa revisión a los:</p> <p style="padding-left: 40px;">3 meses <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">6 meses <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">12 meses <input type="checkbox"/></p> <p>3. Requiere una intervención de soporte por parte de voluntarios</p> <p style="padding-left: 40px;">Compañía en la casa <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">Ayuda en la casa <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">Traslados <input type="checkbox"/></p> <p>4. Requiere una intervención de los servicios sociales</p> <p><i>Servicio de ayuda a domicilio:</i></p> <p style="padding-left: 40px;">Trabajador familiar <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">Limpieza domicilio <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">Arreglo de viviendas <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">Catering/lavandería <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">Teleasistencia domiciliaria <input type="checkbox"/></p> <p><i>Servicio de ayuda a domicilio:</i></p> <p>– Tramitación residencia pública o habitaje tutelado</p> <p>– Otros (ayudas urgencia social, ayudas personalizadas de viviendas, etc.)</p> <p>– Ayudas economicas</p> <p><i>Requiere información, orientación y/o asesoramiento respecto a recursos sociales compartidos</i></p> <p style="padding-left: 40px;">Hogar gente mayor <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">Tramitaciones de pensiones <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">Teleasistencia domiciliaria <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">Programa vivir con la familia <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">Otros centros de atención social (Asociaciones, ONG's) <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">Oficinas de Bienestar Social <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">SAD privado <input type="checkbox"/></p> <p><i>Otros:</i></p> <p style="padding-left: 40px;">Farmacia control medicación <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">Prolongada <input type="checkbox"/></p>	<p>5. Requiere una intervención de los servicios sociosinitarios</p> <p><i>Recursos de soporte:</i></p> <p style="padding-left: 40px;">Hospital de día <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">Ayuda al control domiciliario <input type="checkbox"/></p> <p><i>Recursos de internamiento:</i></p> <p style="padding-left: 40px;">Larga estancia <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">Convalecencia <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">Curas palitativas <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">Picogeriatría <input type="checkbox"/></p> <p>6. Requiere una intervención médica Atención Primaria por parte del: CAP</p> <p><i>Atención a domicilio (enfermería y/o medicina) Del médico de cabecera del CAP:</i></p> <p style="padding-left: 40px;">Cambios y consejos en la medicación <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">Consejos dieteticos <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">Actividad física <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">Consejo inicial, mejora capacidad sensorial <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">Odontología <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">Oftalmología <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">ORL <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">Otros <input type="checkbox"/></p> <p><i>Atención especializada:</i></p> <p style="padding-left: 40px;">Rehabilitación y fisioterapia <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">Atención especialistas médicos <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">Internación hospital de agudos <input type="checkbox"/></p> <p>5. Requiere otras intervenciones:</p> <p><i>Adaptación al hogar</i></p> <p style="padding-left: 40px;">Supresión barreras <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">Iluminación <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">Cambios ubicación mobiliario <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">Adaptación lavabos <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">Otros <input type="checkbox"/></p> <p><i>Ayudas técnicas:</i></p> <p style="padding-left: 40px;">Silla de ruedas <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">Bastón <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">Caminador <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">Otros <input type="checkbox"/></p> <p><i>Intervenciones en caso de enfermedad terminal</i> <input type="checkbox"/></p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

acrónimo de Barceloneta Elderly Community Assessment, es un subproyecto de esta iniciativa planteado en el marco de un acuerdo de colaboración entre el Equipo de atención primaria de la Barceloneta y la Clínica Barceloneta¹⁸.

Las actividades instrumentales de la vida diaria son un marcador potencial de fragilidad. A esta conclusión llegaron Nourashemi et al cuando en 2001 publicaron una parte del estudio EPIDOS¹⁹. Basándonos en esta experiencia planteamos nuestro proyecto con un objetivo fundamental, la prevención de la dependencia. Nos propusimos intentar detectar aquellas situaciones que consensuamos en definir, con todas las limitaciones, de fragilidad preclínica mediante un cribado oportunista que se realizaría en el centro de atención primaria. Las personas seleccionadas entrarían en un protocolo de valoración geriátrica integral con recomendaciones de intervención y finalmente existiría un seguimiento conjunto de dichas recomendaciones. Las evaluaciones domiciliarias y el contacto con los profesionales de atención primaria serían llevadas a cabo por los profesionales de nuestro equipo PADES. Planteamos iniciar la experiencia en los residentes del barrio de la Barceloneta de 80 o más años. Abellan y Puga²⁰ nos enseñan que la probabilidad mayor de iniciar discapacidad para la población está más concentrada entre los 80 y los 85 años pero que los perfiles de entrada para hombres y mujeres difieren puesto que la mortalidad es mucho mayor en los varones. La valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria la efectuábamos como en el estudio EPIDOS mediante el test de Lawton reducido (utilizando las variables comunes en nuestro medio a mujeres y varones) a pesar de que se realizaba el test completo. Aquellas personas con al menos una alteración en las actividades instrumentales eran invitadas a participar en su domicilio en una visita protocolizada de valoración geriátrica. El protocolo incluye Valoración clínica, sensorial, social, nutricional, mental y funcional. En la valoración nutricional utilizábamos el Mini nutricional assessment (MNA) efectuando también en primer lugar el cribado y la valoración completa si era necesario. El protocolo recoge los diagnósticos principales y secundarios, la existencia de síndromes geriátricos y la valoración de la existencia de polifarmacia a partir de criterios cualitativos y cuantitativos. Se valoraron las actividades instrumentales de la vida diaria en 218 personas mayores de 80 años de las cuales 146 tenían alterada al menos una actividad instrumental de la vida diaria y pudimos completar en una primera fase 60 evaluaciones completas como se muestra en la Figura 3.

Finalizada la valoración se remitía al médico de atención primaria un informe que aparece parcialmente en la Tabla 3 con el resumen de la valoración y con nuestras recomendaciones y planteábamos un seguimiento telefónico a los seis meses.

El 55% de las personas evaluadas tenían criterios de polifarmacia, alteraciones visuales un 50%, habían presentado caídas un 35%, un 30% presentaban dolor persistente y un 25% algún tipo de incontinencia urinaria. Intentamos dar recomendaciones racionales de intervención y muy concisas con una media de 2,26 por persona y un rango de 0 a 8.

La edad media de la población estudiada fue de 85 años con una mediana de Barthel de 85 sobre 100 y 2,1 errores en el test de

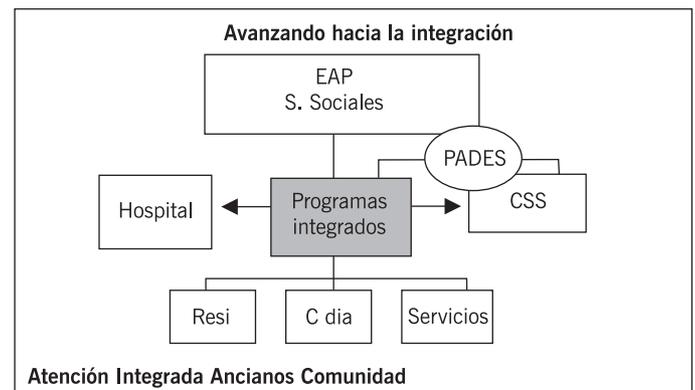
Pfeiffer. En el seguimiento de las recomendaciones sólo tenemos datos de la polifarmacia y fueron seguidas en el 35% de los casos por parte del equipo de atención primaria²¹.

A partir de esta experiencia preliminar tenemos la esperanza de consolidar este proyecto junto con el EAP de la Barceloneta en un futuro próximo. Cabe decir que contamos en todo momento con el apoyo del Servicio de Geriátrica del IMAS. Por otra parte desde los Servicios de Geriátrica y los Centros Sociosanitarios podemos y debemos contribuir a la prevención de la dependencia colaborando estrechamente con la atención primaria mediante nuestros equipos de soporte en proyectos y actividades asistenciales.

Líneas de futuro

Diferentes instituciones, autores y personas de diferentes ámbitos abogan por la necesidad de cooperar de manera eficaz y eficiente entre los diferentes proveedores de servicios, eliminando barreras y evitando la fragmentación de la atención sociosanitaria. Este argumento se sostiene sobre el aumento de necesidades que una población cada vez más envejecida plantea a diario. Pero detectamos carencias a la hora de cooperar y coordinarnos también en la atención domiciliaria. Dificultades que, de mejorar repercutirían de manera favorable en la atención de los ancianos vulnerables y la de sus familiares y favorecerían la eficacia de nuestras intervenciones. Estas premisas implican un alto grado de comunicación, compartir objetivos y supeditar intereses particulares a los generales. Los diferentes proveedores de servicios de un territorio deberíamos corresponsabilizarnos para garantizar la continuidad de la atención con la adopción de las fórmulas organizativas y asistenciales necesarias para conseguirlo y avanzar hacia la integración (Figura 4). Es evidente que no podemos hacerlo solos, los planificadores, la administración deberían también contribuir a hacerlo posible mediante medidas que promuevan la integración real²². Este tipo de experiencias son una oportunidad y suponen a su vez un mayor compromiso toda vez que refuerzan la confianza mutua entre organizaciones di-

Figura 4. La atención integrada a los ancianos de la comunidad implica a todos los niveles asistenciales sanitarios, sociales y sociosanitarios^{18,22,23}.



versas en beneficio de las personas. La atención domiciliaria es un ámbito donde poder compartir experiencias que fomenten la cultura de integración y mejorar también la credibilidad de las instituciones que participen en ellas. No obstante si la integración no tiene traducción en el nivel presupuestario este tipo de iniciativas dependen en exceso del impulso y entusiasmo de las personas que las lideran y tienen riesgos de no consolidarse²³. Las nuevas fórmulas de financiación de la sanidad podrían contribuir a facilitar esta cultura en todos los niveles asistenciales.

Bibliografía

- Contel Segura JC. Luces y sombras de la atención domiciliaria preventiva. *Cuadernos de Gestio* 2001;7-4:165-7.
- Wieland D, Ferrell BA, Rubenstein LZ. Geriatric Home Health Care: Conceptual and demographic considerations. *Clin Geriatr Med* 1991;7(4):645-64.
- Pérez del Molino J, Moya López MJ. Valoración Geriátrica: conceptos generales. En: F. Guillén Llera, Síndromes y cuidados en el paciente Geriátrico. Barcelona, Ed. Masson 2001:49-57.
- Rubenstein LZ. Exposing the iceberg of unrecognition disability. The benefits of functional assessment of the elderly. *Arch Intern Med* 1987;147:419-20.
- Adams WL, McIlvain HE, Lacy NL, et al. Primary care for elderly people: Why do doctors find it so hard? *The Gerontologist* Vol 42, Nº 6, 835-42.
- Naylor M, et al. Comprehensive discharge planning and home follow up for hospitalized elders. A randomized clinical trial. *JAMA* 1999;281: 613-20.
- Kravitz RL, Reuben DB. Geriatric home assessment after hospital discharge. *JAGS* 1994;42:1229-34.
- Bernabei R, Landi F, Gambassi G, et al. Randomized trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *BMJ* 1998;316:1348-51.
- Van Haastregt JCM, Diederiks JPM, Van Rossum E, et al. Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. *BMJ* 2000;320:754-8.
- Elkan R, Kendrick D, Dewey M, et al. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2001;323:719-25.
- Egger M. commentary: When, where and why do preventive home visits work? *BMJ* 2001;323:708-9.
- Clark J. Preventive home visits to elderly people. Their effectiveness cannot be judged by randomised controlled trials. Editorial. *BMJ* 2001;323:708.
- Stuck AE, Egger M, Hammer A, et al. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people. Systematic review and Meta-regression analysis. *JAMA* 2002;287:1022-8.
- Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: From Miracle to reality. *Journal of Gerontology: Medical sciences* 2004;59A,5:473-7.
- Stuck AE, Beck JC, Egger M. Preventing disability in elderly people. *The Lancet* 6-12,2004;364,9446,1641-2.
- Keeler E, Robalino DA, Frank JC, et al. Cost effectiveness of outpatient geriatric assessment with and intervention to increase adherence. *Medical Care* 1999;37,1199-206.
- Reuben DB, Frank JC, Hirchs SH, et al. A randomized clinical trial of outpatient comprehensive geriatric assessment coupled with an intervention to increase adherence to recommendations. *JAGS* 1999;47:269-76.
- Segura Benedicto A. El projecte AUPA Barceloneta (El CAP Barceloneta / Serveis Mèdics: 1993:2003). Barcelona. *Monografies del Institut d'estudis de la Salut* nº12.2004.
- Nourhashemi N, Andrieu S, Gillete S, et al. Instrumental activities of daily living as a potential marker of frailty: a study of 7364 community dwelling elderly woman. *Journal of Gerontology* 2001;56 AM:448-53.
- Abellán A, Puga MD. Patrones de entrada en discapacidad. *Rev Mult Gerontol* 2004;14(2):105-7.
- Pérez-Castejón JM, Coll I, Ruiz M, et al. Valoración Geriátrica integral en ancianos de riesgo del Barrio de la Barceloneta. *Comunicación oral. Congreso de la sociedad Española de Geriatria y Gerontología*. Las Palmas de Gran Canaria) 2004;9-11.
- Segura A, Pérez-Castejón JM, López M. Barceloneta Elderly Community Assessment (BECA): A Project for integration of social and health services for the older population. Oral communication. *International Conference in Integrated Care*. Barcelona 2002.
- Kodner DL, Spreuwenberg C. Integrated care: Meaning, logic, applications, and implications: A Discussion paper. *International Journal of integrated care* 2002;2:electronic version.