

ORIGINALES

Actividad comunitaria de un servicio de geriatría hospitalario: un ejemplo práctico de coordinación entre atención primaria y especializada

J.J. Baután, L. Gil, E. Andrés, E. Vega e I. Ruipérez

Servicio de Geriatría. Hospital Central Cruz Roja. Madrid.

Objetivo. Describir la actividad asistencial y de coordinación de un equipo especializado hospitalario (equipo de Asistencia Geriátrica Domiciliaria, AGD) en el apoyo a atención primaria de salud (APS) para la atención de pacientes geriátricos.

Diseño. Estudio observacional prospectivo.

Emplazamiento. Área de Salud 5-Norte de Madrid (distritos de Tetuán y Fuencarral).

Pacientes y métodos. Evaluación de todos los pacientes atendidos en su domicilio a petición de APS, así como de las actividades de coordinación entre servicio de geriatría y APS realizadas por el equipo de AGD desde el 1 de enero de 1997 hasta el 31 de diciembre de 1999. Valoración de los médicos de APS sobre la actividad del equipo de AGD mediante encuesta anónima.

Resultados principales. Se atendieron en domicilio un total de 524 pacientes a petición de APS (un 58,4% del total de pacientes nuevos atendidos en ese período de tiempo por el equipo de AGD), con una edad media de $83,24 \pm 7,21$ años, 68,1% mujeres, $4,02 \pm 1,86$ diagnósticos, $4,95 \pm 2,8$ fármacos, alto grado de incapacidad funcional (74,4% con una puntuación > 2 en la escala de incapacidad física de Cruz Roja y 65% con un índice de Barthel < 60) y frecuente deterioro cognitivo acompañante (41,2% con una puntuación > 5 en el test de Pfeiffer). Los motivos más frecuentes de consulta fueron deterioro funcional (28,4%), control clínico (16,2%), valoración geriátrica (13,4%), úlceras cutáneas (13,2%) y trastornos del comportamiento (10,8%). De forma paralela se atendieron 865 consultas clínicas telefónicas y se realizaron 178 reuniones en centros de salud. Un 62% de los médicos respondió a la encuesta. El 100% consideró útil la actividad del equipo de AGD, destacando como características más determinantes su especialización en los cuidados geriátricos (76,7%) y la disponibilidad de recursos hospitalarios (65,1%).

Conclusiones. La actividad de un equipo geriátrico especializado de ubicación hospitalaria tiene un ámbito de actuación establecido en la comunidad como apoyo a la APS. Esta actividad viene definida, por una parte, por la necesidad de apoyo a la APS en la asistencia domiciliaria a pacientes geriátricos con elevada complejidad clínica e incapacidad y, por otro lado, por su labor de coordinación entre APS y hospital y de consultor de la APS para la resolución de problemas de atención que presentan los pacientes geriátricos en la comunidad, independientemente de su grado de incapacidad.

Palabras clave: Asistencia geriátrica domiciliaria; Atención domiciliaria; Coordinación; Pacientes geriátricos.

COMMUNITY CARE OF THE HOSPITAL GERIATRIC SERVICE: PRACTICE OF THE COORDINATION BETWEEN PRIMARY CARE AND THE SPECIALIST

Objetives. To describe the management of the geriatric hospital home assessment team to support at primary care in the need of health of geriatric patients.

Design. Prospective observational study.

Setting. 5-North health district from Madrid.

Participants and methods. All patients evaluated at home and the coordination activities between primary care and hospital geriatric service, developed by the geriatric assessment team between january 1997 at december 1999. Inquiry to primary care physicians about the usefulness of geriatric hospital home assessment team.

Main Results. 524 patients was assisted at home by the geriatric assessment team to request primary care (58.4% at all patients attended), 83.24 ± 7.21 years old (68.1% females), with pluripatology (4.02 ± 1.86 diagnostics) and polifarmacy (4.95 ± 2.8), moderate-severe functional disability (Barthel Index < 60 at 65% and Red Cross functional disability > 2 at 74.4%) and frequently cognitive impairment (41.2% with Pfeiffer > 5). The main reasons of primary care to consult was functional impairment (28.4%), medical process assessment (16.2%), geriatric assessment (13.2%), skin ulcers (13.2%) and behavioral disorders (10.8%). 865 telephone call and 178 meeting in heath center of primary care for consultation or medical management or for coordinating medical management was attended. 62% of primary care physician inquired to answer back. The belief of 100% answers was about de usefulness of the geriatric assessment team activity, mainly because their specialization on geriatric care (76.7%) and their disponibility of the hospital resources (65.1%).

Conclusions. The activity of geriatric hospital home assessment team is useful as support of primary care on assessment and management geriatric patients in the community and coordinate hospital and primary care to resolve health problems in this population.

(*Aten Primaria* 2000; 26: 374-382)

Correspondencia: Juan José Baután Cortés.
Servicio de Geriatría. Hospital Central de Cruz Roja. Avda. Reina Victoria, 26. 28003 Madrid.
Correo electrónico: bautanhornillos@retemail.es

Manuscrito aceptado para su publicación el 29-V-2000.

Introducción

El objetivo primordial de la medicina geriátrica es la detección precoz, prevención y tratamiento de la incapacidad funcional como principal manifestación de la enfermedad en el anciano y, en última instancia, cuando lo anterior no es posible, la minimización de sus consecuencias con el fin de que el anciano permanezca en su domicilio con la mejor calidad de vida posible¹⁻³.

Para la consecución de dichos objetivos la geriatría requiere diferentes niveles de intervención sanitaria adecuadas a las distintas fases de la enfermedad en el anciano (aguda, subaguda y crónica) y grado de incapacidad, tanto en el ámbito comunitario como hospitalario^{2,4}. La valoración geriátrica integral, el trabajo interdisciplinario, la progresividad en los cuidados y la continuidad de los mismos son aspectos clave en el éxito de estas intervenciones^{2,4}. Para ello, la coordinación entre niveles asistenciales sanitarios y sociales debe ser fluida y disponer de cauces de comunicación y cooperación formales y establecidos^{5,6}.

Como para cualquier grupo de población, la atención primaria de salud (APS) atiende y resuelve la mayor parte de los problemas de salud de la población anciana⁷. Sin embargo, las características de la enfermedad en el anciano (con una mayor prevalencia de presentación atípica, desarrollo de incapacidad y complejidad de cuidados) hacen que la deseada coordinación entre APS y el hospital sea más necesaria en este grupo de población^{11,12}. Desde la medicina geriátrica, se asume que esta colaboración, para asegurar la continuidad de cuidados, debe contemplar la atención especializada y progresiva en el hospital y en la comunidad⁴. No obs-

tante, los cuidados compartidos en la comunidad deben respetar la responsabilidad principal de la APS en los mismos, quedando la colaboración del servicio de geriatría hospitalario como apoyo y consultor de la APS en la elaboración de protocolos específicos de actuación sobre la población anciana y en la valoración y asistencia a aquellos ancianos que cumplen criterios de pacientes geriátricos, especialmente los que requieren una mayor complejidad de cuidados o se encuentran limitados en su domicilio¹²⁻¹⁴.

Pese a que se han elaborado pautas generales de cómo llevar a la práctica dicha colaboración^{10,14,15}, existen pocas experiencias publicadas en nuestro país que ilustren la coordinación entre primaria y especializada⁹, especialmente en la atención de pacientes geriátricos¹⁶.

En España, desde que comenzó a funcionar el primer equipo de Asistencia Geriátrica Domiciliaria (AGD) en el Hospital Central de Cruz Roja en 1978¹⁷, existen suficientes experiencias sobre la actividad de estos equipos en la atención domiciliaria, complementaria a la realizada por atención primaria¹⁸⁻²¹. Sin embargo, cabría preguntarse si este tipo de equipos especializados, con ubicación hospitalaria y de apoyo a la APS, verían modificada su actividad o incluso podrían carecer de utilidad, conforme el nuevo modelo de APS fuera asumiendo de forma global la atención domiciliaria de los ancianos con algún grado de dependencia²² o, por el contrario, podrían continuar ofreciendo una atención sanitaria domiciliaria cualitativamente diferente de la proporcionada desde atención primaria.

El objetivo de este trabajo es describir la utilización desde APS de los servicios prestados por un equipo de AGD hospitalario y, de forma complementaria, conocer la valoración por parte de los profesionales de atención primaria de su funcionamiento.

Material y métodos

Descripción de la unidad

La unidad de AGD del Servicio de Geriatría del HCCR es un equipo hospitalario especializado que proporciona valoración y cuidados de salud integrales domiciliarios a ancianos frágiles habitualmente con incapacidad funcional. Dicha actividad es

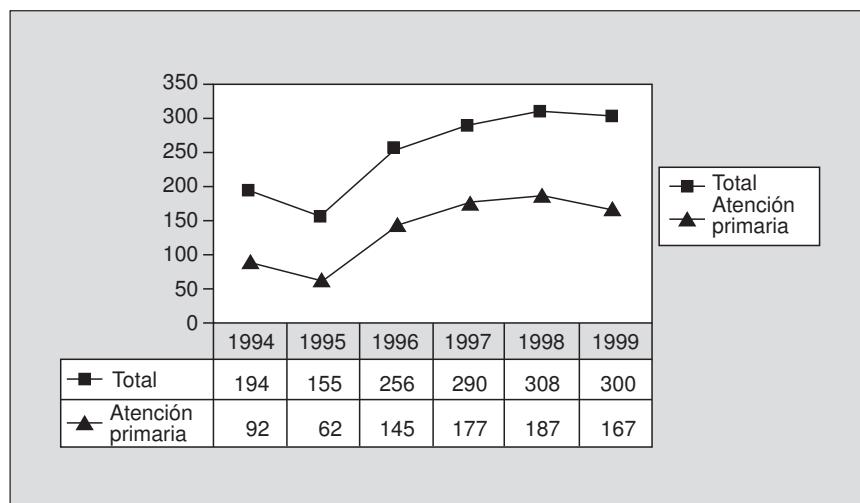


Figura 1. Número de pacientes nuevos, total y consultados por atención primaria, atendidos anualmente por el equipo de Asistencia Geriátrica Domiciliaria del HCCR.

enfocada como apoyo a la APS, atendiendo pacientes en su domicilio a requerimiento de atención primaria y, en el caso de pacientes de procedencia hospitalaria, previa comunicación al equipo de primaria y coordinación del plan de cuidados con el mismo.

Ámbito de actuación. El sector urbano del Área 5-Norte de Madrid (distritos de Tetuán y Fuencarral), con una población de 52.879 personas mayores de 65 años que suponen un 17,9% de la población total, porcentaje que en el caso de los mayores de 75 años es de un 8,6% (datos de 1998 según censo de tarjetas sanitarias).

Desarrollo del programa. Coincidiendo con la reestructuración de áreas sanitarias en Madrid, y aprovechando la experiencia previa en atención domiciliaria del Servicio de Geriatría del HCCR, en 1991 se reinició la colaboración formal con la atención primaria de la nueva área sanitaria de ubicación del hospital mediante un proyecto piloto de coordinación y derivación de pacientes con 3 centros de salud (General Moscardó, Bustarviejo y Barrio del Pilar)²³. De manera formal, esta actividad de coordinación asistencial quedó reflejada en el Subprograma de Atención al Anciano del Área 5 de Madrid, publicado en febrero de 1995²⁴. Como actividades concretas de coordinación entre atención primaria y el Servicio de Geriatría del HCCR se concretaban los mecanismos de derivación para la atención de pacientes a consulta externa, la realización de ingresos programados desde domicilio a petición de APS en los diferentes niveles asistenciales hospitalarios del servicio de geriatría (unidad de agudos, de media estancia y hospital de día geriátrico) y la valoración y atención en domicilio de ancianos frágiles por parte del equipo de AGD. Como complemento de dicha colaboración, y con el objeto de favorecer la coor-

dinación entre niveles sanitarios, se ofrecía la disponibilidad de dicho equipo para consultas clínicas telefónicas, realización de gestiones que favorecieran la continuidad de cuidados entre hospital y comunidad y viceversa, y por último la posibilidad de establecer reuniones periódicas en los centros de salud del sector asistencial establecido.

Composición del equipo. Un especialista en geriatría, 2 enfermeras y un auxiliar de enfermería a tiempo completo, así como una trabajadora social y 2 conductores a tiempo parcial. De forma continua, rotan por el mismo un residente de tercer o cuarto año de geriatría, y ocasionalmente residentes de medicina familiar y comunitaria, alumnas de enfermería y trabajo social.

Metodología de trabajo. Se basa en la *valoración integral* de los pacientes atendidos mediante un protocolo que complementa la historia clínica habitual con la recogida de datos clínicos sobre la existencia de síndromes geriátricos, evaluación de la situación funcional mediante la escala funcional de Cruz Roja (puntuación de 0: independencia en actividades de la vida diaria, hasta 5: máxima dependencia)^{25,26} e índice de Barthel (puntuación de 0: máxima dependencia, a 100: independencia en actividades básicas de la vida diaria)^{27,28}, situación mental mediante la escala mental de Cruz Roja (puntuación 0 a 5, ≥ 2 significa deterioro)^{25,26} y test de Pfeiffer (puntuación > 5 significa deterioro)^{29,30} y situación social que contempla condiciones de la vivienda, convivencia, principal cuidador, existencia de ayuda social y cuantía de la pensión.

Dicha valoración domiciliaria se concreta en un *plan de cuidados* que se establece mediante discusión interdisciplinaria entre los miembros del equipo tras la primera visita, reevaluándose todos los pacientes al

menos una vez en sesiones interdisciplinarias formales. Tanto el plan de cuidados inicial como las modificaciones posteriores del mismo es comunicado y discutido también con el equipo de atención primaria, bien de forma directa en las sesiones en el centro de salud o por teléfono o Fax. Los cuidados establecidos pueden ser proporcionados, en función de su complejidad, bien por APS o bien por el equipo de AGD o, más frecuentemente, compartido por ambos (el ejemplo más claro de esto último son los cuidados de pacientes con úlceras cutáneas). Al alta del seguimiento del equipo de AGD se remite un informe a APS.

Los criterios de derivación desde APS son la presencia de patología o síndromes geriátricos en ancianos que no pueden desplazarse a la consulta como consecuencia de su patología o incapacidad, y que tampoco son subsidiarios de atención en otro nivel asistencial hospitalario. Ocasionalmente, la valoración de determinados síndromes (por ejemplo, caídas, confusión o fragilidad social) pueden condicionar la necesidad de valoración domiciliaria por sí mismos.

En cuanto a los pacientes remitidos desde el hospital (cuyo estudio no es objeto de este trabajo), la indicación de valoración inicial domiciliaria por parte del equipo de AGD es solicitada desde el hospital previa consulta con el geriatra del equipo, pero el posterior plan de cuidados se establece de manera similar a la expuesta para los pacientes cuya valoración es indicada desde APS.

Para este estudio, se evaluó la actividad del equipo de AGD entre los meses de enero de 1997 a diciembre de 1999, ambos inclusive, en los siguientes aspectos:

1. Se recogieron de forma prospectiva todos los pacientes remitidos solamente desde atención primaria para atención en domicilio durante este período de tiempo. Se recogieron datos demográficos, de situación funcional, mental, social y síndromes geriátricos al ingreso según protocolo anteriormente reseñado, motivo de consulta, diagnóstico principal causante de incapacidad, número de diagnósticos y fármacos al ingreso, así como demora en días naturales desde la solicitud de atención y primera visita domiciliaria. En el momento del alta se recogieron datos sobre estancia en el programa de AGD, números de visitas médicas y de enfermería, derivación al alta, así como número de fármacos y nuevos diagnósticos. Todos los datos se almacenaron en una base de datos R-sigma, programa estadístico que posteriormente fue utilizado para el estudio descriptivo de los datos.

2. Se registraron igualmente todas las consultas telefónicas realizadas en este período de tiempo, clasificándolas según su procedencia, motivo de consulta y resolución de las mismas.

3. Por último, se analizaron las reuniones mantenidas por parte del equipo en centros de salud. El objeto de dichas reuniones fue principalmente la discusión de ca-

TABLA 1. Características al ingreso de los pacientes consultados por atención primaria

N = 524		
Edad (años)	83,34 ± 7,21	
Sexo femenino	68,13%	
Reingresos	10,1%	
Modelo de atención primaria		
Tradicional (20,5%); equipo (79,5%)		
Demora primera visita (días naturales)	3,6 ± 3,4	
Número de diagnósticos	4,02 ± 1,86	
Número de fármacos	4,95 ± 2,8	
Situación funcional		
Escala funcional de Cruz Roja	3,26 ± 1,28	
0-2	25,6%	
3	29,6%	
4-5	44,8%	
Índice de Barthel	43,14 ± 31,6	
< 20	28,9%	
20-35	16,2%	
40-55	19,9%	
60-75	17,5%	
≥ 80	17,5%	
Situación mental		
Escala mental de Cruz Roja	1,67 ± 1,51	
0-1	50,9%	
2-3	34%	
4-5	15,1%	
Pfeiffer	4,7 ± 3,63	
≤ 5	58,8%	
6-7	12,8%	
≥ 8	28,4%	
Situación social		
Convivencia		
Solo	10,1%	
Cónyuge	28,8%	
Familia	58,9%	
Otros	2,2%	
Principal cuidador		
Cónyuge	20,7%	
Familia	59,9%	
Otros	19,4%	
Ayuda social domiciliaria		
Oficial	14,4%	
Privada	18,8%	
No	66,8%	
Pensión mensual (pts.)		
< 50.000	13,5%	
50.000-100.000	68,3%	
> 100.000	18,2%	

sos clínicos presentados por el equipo de primaria o el seguimiento de pacientes del centro atendidos en alguno de los niveles asistenciales del servicio de geriatría.

Ocasionalmente la reunión se dedicaba de forma monográfica a la exposición de alguna patología o síndromes de alta prevalencia entre los ancianos frágiles (solicita-

TABLA 2. Prevalencia de problemas geriátricos

Incontinencia	66,5%
Orina	27,3%
Fecal	0,8%
Doble	38,4%
Insomnio	50,5%
Sobrecarga de cuidador	33,2%
Dolor	29,9%
Úlceras por presión	27,1% (16% grados III-IV)
Sintomatología depresiva	22,6%
Disfagia	17,1%
Sonda vesical	7,8%
Oxigenoterapia domiciliaria	4,7%
Sonda nasogástrica	3,1%

TABLA 3. Patología principal motivo de incapacidad

Demencia	23,9%
Osteoarticular	21,03%
Patología cerebrovascular	12,4%
Cardiopatía	11,5%
Síndrome de Parkinson	5,4%
Neoplasia	5%
Neumopatía	3,8%
Trastorno depresivo	3,4%
Patología endocrina	3,25%
Vasculopatía periférica	3,25%
Patología digestiva	2,9%
Otros	4,21%

TABLA 4. Frecuencia, número de visitas y estancia media según motivo de consulta

Motivo de consulta	Frecuencia	Estancia media (días ± DE)	Número de visitas (media ± DE)	
			Médicas	Enfermería
Deterioro funcional	28,43%	20,3 ± 22,9	2,42 ± 2,28	3,37 ± 3,48
Control clínico	16,22%	37,2 ± 72,57	5,81 ± 10,86	7,20 ± 11,58
Valoración geriátrica	13,4%	26,5 ± 37,6	2,6 ± 2,19	3,52 ± 3,66
Úlceras cutáneas	13,2%	97,5 ± 126,35	2,92 ± 2,81	20,39 ± 30,42
Trastornos del comportamiento	10,79%	47,05 ± 57	5,27 ± 5,33	6,4 ± 6,62
Deterioro cognitivo	3,7%	36,3 ± 53,45	4,42 ± 6,83	5,57 ± 7,08
Claudicación cuidador	3,24%	14,3 ± 17,32	1,41 ± 1,17	2,05 ± 1,52
Caídas	2,66%	38,07 ± 47,32	3,64 ± 4,01	4,64 ± 4,58
Dolor	2,66%	28,92 ± 46,90	5,07 ± 6,75	6,23 ± 7,94
Otros	5,7%	53,41 ± 116,04	1,44 ± 1,78	4,20 ± 8,49

da por el equipo de primaria) o a la discusión en profundidad de un caso clínico del centro relevante e ilustrativo. Dichas reuniones se realizaban en el centro de salud entre las 14 y 15 horas, desplazándose para tal efecto al mismo el geriatra y una enfermera del equipo de AGD.

4. Como complemento, y para conocer la opinión de los médicos de atención primaria sobre la actividad asistencial y de coordinación del equipo de AGD, durante el último trimestre de 1999 se facilitó, a través de los coordinadores de los centros con los que se mantenían reuniones periódicas, una encuesta para hacérsela llegar a todos los facultativos para ser rellenada de forma anónima y voluntaria por ellos.

Resultados

El número de pacientes atendidos a petición de atención primaria en los 3 años de este estudio fue de 524, que suponen un 58,4% del total de pacientes nuevos atendidos por el equipo de AGD durante este período de tiempo. Como se refleja en la figura 1, dicho porcentaje ha ido creciendo en los últimos años hasta estabilizarse. El perfil de los pacientes consultados (tablas 1 y 2) corresponde al de pacientes muy ancianos con pluripatología y polifarmacia, grado de incapacidad funcional moderada o severa (74,4% con una puntuación mayor de 2 en la escala funcional de Cruz Roja, y 65% con un índice de Barthel < 60), frecuentemente con deterioro cognitivo acompañante (41,4% con una puntuación en el test de Pfeiffer > 5) y elevada prevalencia de síndromes geriátricos. Entre estos últimos es destacable la presencia de incontinencia en 2 de cada 3 pacientes atendidos y la presencia de sobrecarga de cuidados manifestada espontáneamente por el cuidador principal en uno de cada 3 (tabla 2). En la tabla 3 se refleja la patología principal causante de incapacidad. El motivo principal que originó la consulta al equipo de AGD se expone en la tabla 4, destacando que salvo en un 16,2%, en el que el motivo de consulta fue la valoración diagnóstica y el manejo de patología clínica concreta, en el resto el motivo por el que se solicitaba la atención era la evaluación y manejo de manifestaciones sindrómicas específicas de este grupo de población.

La estancia media de los pacientes dados de alta en estos 3 años, y atendidos inicialmente a petición de atención primaria, fue de 1,5 meses, destacando que un 46,9% al alta continuó bajo la supervisión de APS y en una cuarta parte requirieron tras la inicial valoración domiciliaria la atención posterior en alguno de los diferentes niveles de atención hospitalaria del servicio de geriatría (unidad de agudos, media estancia u hospital de día) (tabla 5). En cuanto a la derivación al alta en función del motivo de consulta, sólo encontramos relación entre el deterioro funcional con la mayor frecuencia de ingreso en unidades geriátricas hospitala-

TABLA 5. Perfil de altas de pacientes atendidos procedentes de atención primaria

N = 537	
Estancia media (días)	45,67 ± 91,3
Número de nuevos diagnósticos	1,02 ± 0,77
Número de fármacos	3,9 ± 2,14
Media de visitas/paciente	
Médicas	3,5 ± 5,96
Enfermería	7,26 ± 14,96
Destino al alta	
Atención primaria	46,9%
Unidad geriátrica de agudos	9,9%
Hospital de día geriátrico	7,47%
Unidad de media estancia	6,17%
Consulta externa	4,3%
Residencia	4,3%
Unidad de larga estancia	1,7%
Fallecimientos en domicilio	6,3%
Altas no previstas	6,2%
Otros	6,7%

TABLA 6. Perfil de pacientes, motivo de derivación y parámetros de actividad del equipo de AGD según el modelo de atención primaria que realiza la consulta

	Modelo «no reformado» (n = 107)	Modelo «reformado» (n = 417)
Edad (años)	84,03 ± 7,64	83,05 ± 7,07
Mujeres	71,9%	66,6%
Índice de Barthel	36,7 ± 33,6	44,6 ± 31,1
Pfeiffer	4,95 ± 3,63	4,70 ± 3,65
Motivo de consulta		
Deterioro funcional	23,7%	29,1%
Valoración geriátrica ^a	21,05%	11,7%
Úlceras cutáneas	17,5%	12,6%
Control clínico	14,1%	16,5%
Trastornos del comportamiento	10,5%	10,8%
Días de estancia ^b	63,62 ± 131,9	42,06 ± 78,49
Número de visitas médicas	3,76 ± 3,98	3,41 ± 5,75
Número de visitas de enfermería	8,75 ± 13,91	7,03 ± 15,48
Destino al alta		
Atención primaria	44,2%	48%
Unidades servicio de geriatría	30,1%	27,3%
Fallecidos	8,8%	5,6%
Residencia-larga estancia	6,1%	5,9%

^ap < 0,05. ^bp < 0,01.

rias (47,6% frente a 14%, p < 0,001), una mayor derivación a residencia o unidades de larga estancia en el caso de los valorados por «claudicación del cuidador» (33% frente a 5%, p < 0,05) y mayor mortalidad en los consultados por úlceras cutáneas (23% frente

a 4%, p < 0,001). Un 6,2% fue catalogado como altas no previstas, habitualmente pacientes que acudieron a urgencias con posterior ingreso hospitalario, no existiendo diferencias en función del motivo de consulta. En cuanto a la estancia en el progra-

ma de AGD ([tablas 4 y 5](#)), un 67,4% permaneció menos de 30 días, siendo más frecuente una permanencia menor de 30 días en los consultados por deterioro funcional (33,5% frente a 18,6%, p < 0,001) y mayor de 30 días en aquellos que consultaban por úlceras cutáneas (22% frente a 9%, p < 0,01) o trastornos del comportamiento (16,2% frente a 7,8%, p < 0,05). También comparamos el perfil de los pacientes y la actividad del equipo en función de si las consultas eran realizadas desde modelos de atención primaria «no reformados» (tradicional) o «reformados» (equipos). Los datos obtenidos ([tabla 6](#)) son bastante similares, salvo una mayor estancia en el programa (pero con similar número de visitas médicas y de enfermería) y un mayor número de consultas desde el modelo «no reformado» para «valoración geriátrica», que supone un motivo de consulta menos dirigido que cuando se consulta por un problema clínico o síndrome geriátrico concreto.

En cuanto a las *consultas clínicas telefónicas*, de las 1.211 recibidas en estos 3 años, un 71,4% fue realizado por atención primaria. De estas últimas llamadas, en la mayoría el motivo fue comentar casos clínicos concretos expuestos por primaria, de los que en el 45% se acordó ser valorados en domicilio por el equipo de AGD, en un 19,6% se realizó una recomendación terapéutica por parte del geriatra o se estableció un plan de cuidados inicial para ser llevado a cabo por atención primaria, en un 11% se consideró procedente ingresar al paciente directamente en la unidad de agudos geriátrica y en un 9,4% fue remitido a la consulta externa hospitalaria. En un 15% el motivo de la llamada fue solicitar información clínica sobre algún paciente atendido en alguno de los niveles asistenciales del servicio de geriatría.

Las *reuniones en centros de salud* durante los últimos años quedan reflejadas en la [figura 2](#) con una incidencia máxima en 1995, coincidiendo con la divulgación del programa de atención al anciano, seguida de un posterior descenso y progresiva estabilización en torno a 70 reuniones anuales, en función generalmente del interés en las mismas mostrado por los profesionales de primaria, y en menor medida de la disponibilidad de tiempo del equipo de AGD. De los 14 centros ubicados

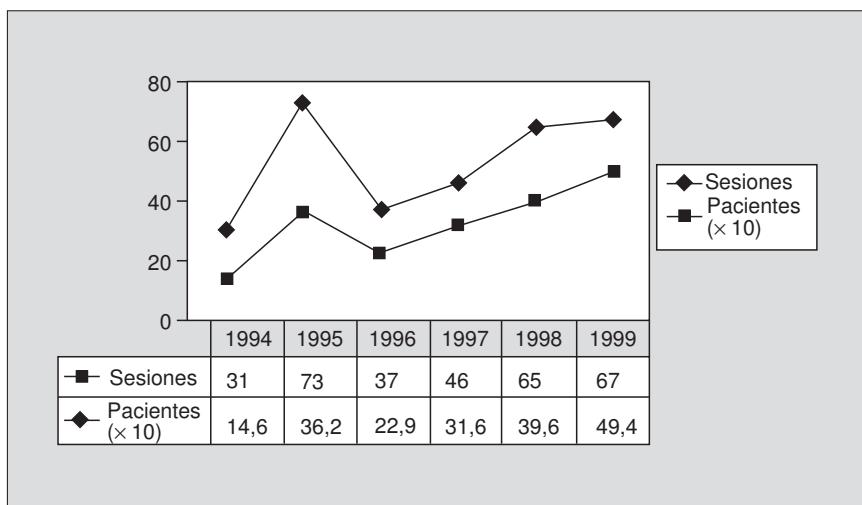


Figura 2. Número de reuniones en centros de salud y pacientes comentados.

en los distritos de Tetuán y Fuenarral del Área 5 de Madrid, se mantuvo alguna reunión durante estos tres últimos años en 12 de ellos. En 2 centros sólo se realizó una reunión y en otro se llevaron a cabo tres. En el resto la periodicidad de las mismas quedó establecida durante los años de 1998 y 1999 de forma mensual en siete de ellos y bimensual en otros 2 centros de salud. El contenido primordial de dichas reuniones fue el comentario de casos clínicos del centro de salud, con una media de 7 pacientes comentados en cada reunión, de los cuales un 57,9% fue presentado por atención primaria, y el resto por el equipo de geriatría. La resolución tomada en los casos presentados por atención primaria (datos de 1999, n = 285), y excluyendo un 28,2% en que el motivo de presentación era la solicitud de información de la historia clínica hospitalaria, en el resto se estableció un plan de cuidados inicial con seguimiento exclusivo por atención primaria en un 34%, en un 19,3% se requirió la valoración domiciliaria por parte del equipo de AGD y en el 18,5% restante o bien se realizó una recomendación terapéutica concreta o se recomendó remitir al paciente a consulta externa de geriatría o de otras especialidades. Como complemento de esta actividad clínica, en 22 ocasiones se realizó la exposición docente por parte del equipo geriátrico de algún tema relacionado con la clínica o asistencia del paciente geriátrico a petición de los profesionales de atención primaria.

Por último, y en relación con la *opinión de los médicos de APS* sobre la actividad del equipo de AGD y la coordinación con el Servicio de Geriatría del HCCR, contestaron a la encuesta anónima 59 (62% de la muestra encuestada). Sobre la actividad del equipo de AGD un 100% la consideró necesaria, un 79% opinó que su actividad debía ser consultativa y asistencial y un 30,2% refirió que además debía asumir responsabilidad directa y máxima en el cuidado de determinados pacientes complejos en domicilio. En cuanto a los aspectos más valorados del equipo de AGD, en un 76,7% fue la especialización en la valoración y tratamiento de pacientes geriátricos y en un 65,1% la disponibilidad de recursos hospitalarios. En relación a la información sobre los cuidados de los pacientes atendidos por el equipo de geriatría, un 2,4% encontró falta de comunicación, otro 2,4% falta de coordinación y un 7,1% ambas, estando el 88,1% restante satisfecho. Comparado con otras especialidades hospitalarias del área, un 72,7% estimó la relación con el servicio de geriatría mucho mejor, un 22,7% mejor, un 4,6% igual y ninguno la valoró como peor o mucho peor.

Discusión

La actividad presentada corresponde a la de un equipo especializado integrado en un servicio de geriatría hospitalario y con una actividad comunitaria de apoyo a la atención primaria. Su labor asistencial en domicilio,

dirigida a la valoración y posterior atención de ancianos frágiles con incapacidad funcional que les limita salir de su domicilio, se complementa con la función de coordinación entre la atención sanitaria comunitaria y la hospitalaria. La coordinación es bidireccional, intentando favorecer tanto el acceso a recursos humanos y técnicos hospitalarios de pacientes geriátricos que lo requieran, así como facilitar la continuidad de cuidados desde el hospital a la comunidad. Esta actividad, referida en la bibliografía americana como «*care management*», está bien establecida en los cuidados a largo plazo del paciente geriátrico^{31,32} y sus procedimientos (tanto la asistencia directa de pacientes como las consultas telefónicas y reuniones multidisciplinarias) codificados por la Asociación Médica Americana³³.

Las características del estudio (descriptivo) limitan la interpretación de sus resultados. Sin embargo, los datos aportados sobre la utilización por parte de atención primaria de los servicios de este equipo especializado, cuyo trabajo se desarrolla en la comunidad, pueden apoyar su utilidad como complemento asistencial en los cuidados domiciliarios, cualitativamente diferenciado de la atención domiciliaria proporcionada desde APS^{17,34}.

Si paciente diana (muy anciano, con pluripatología, polifarmacia, incapacidad funcional y/o mental moderada-severa y frecuente presencia de síndromes geriátricos) corresponde a un perfil de manejo especialmente complejo, similar al descrito en otros estudios¹⁸⁻²¹, y que en ocasiones puede sobrepasar los medios y conocimientos de los profesionales de primaria³⁴. La necesidad de la consulta especializada parte de APS y la existencia de un equipo hospitalario que acuda al domicilio del paciente facilita su adecuada valoración y posterior dispensación de cuidados que, una vez descartado que requiera atención en otro nivel hospitalario, evita desplazamientos difíciles e innecesarios al hospital.

En relación a la actividad, la implantación de mecanismos de coordinación con APS (subprograma del anciano, reuniones en centros de salud y accesibilidad telefónica) conlleva una reducción en la estancia de los pacientes en el programa comparada con datos propios previos¹⁸ y de otros equipos^{19,20}. Probablemente, ello re-

fleja un cambio en la filosofía asistencial de estos equipos que, conforme a la generalización del modelo reformado de APS, han dejado de realizar cuidados continuados domiciliarios a largo plazo de pacientes geriátricos incapacitados. Nuestra actividad actual puede definirse como consultora y de apoyo, en tanto que se limita a participar de forma limitada en el tiempo en el plan cuidados establecido para un problema concreto que es el motivo de la consulta de APS. Pese a ello, la actividad no debiera evaluarse solamente en días de atención (como en los programas más específicos de hospitalización domiciliaria). Otro parámetro de actividad de especial interés puede ser el número de visitas realizadas, dado que los problemas que motivan la intervención requieren no una atención intensiva sino, más frecuentemente, una monitorización más espaciada (en nuestro caso una media global de una visita de enfermería cada 6 días y una visita médica cada 13 días, frecuencia que varía según el motivo de consulta, tal como se refleja en la **tabla 4**).

El éxito o fracaso de estos equipos viene determinado por 4 factores determinantes: su composición, especialización de sus integrantes, su ubicación y la capacidad de coordinación con atención primaria. Estos factores son los que en última instancia repercuten en su capacidad para resolver los problemas asistenciales planteados en la atención al paciente geriátrico en la comunidad. La composición multidisciplinaria (médico, enfermera y trabajadora social básicamente) por personal especializado en geriatría, así como su implicación directa en los cuidados domiciliarios, determinan su eficacia y favorecen la confianza de los profesionales de primaria en la intervención y plan de cuidados establecido, opinión manifestada por los médicos de nuestro sector asistencial y avalada por la bibliografía³⁵⁻³⁸. La importancia de incorporar a una trabajadora social en estos equipos sanitarios deriva de la frecuente necesidad de acompañar recursos sociales para poder mantener al anciano incapacitado en su domicilio, dada la frecuente fragilidad social de estos pacientes (en nuestra experiencia, y en una población con importante grado de incapacidad, un 39,9% vivía solo o con cónyuge de edad avanzada, en un 66,8% no tenía ningún tipo de ayuda

formal domiciliaria pública o privada, y en un 33,2% había sobrecarga manifiesta del cuidador principal). En cuanto a si la ubicación hospitalaria de estos equipos ofrece alguna ventaja añadida, está en función de su facilidad al acceso de recursos técnicos y humanos especializados cuando sean necesarios. Esta complementariedad con los recursos de primaria es reflejada también en la encuesta a los médicos de APS en nuestra área sanitaria. Algunos trabajos en la bibliografía indican que la coordinación y continuidad de la atención puede ser más eficaz y eficiente si junto a su composición especializada parten desde el hospital^{39,40}. De cualquier forma, ésta es una cuestión discutible, ya que equipos geriátricos comunitarios también han aportado datos favorables^{36,38}. En cualquier caso, nuestros datos indican que una cuarta parte de los pacientes consultados requiere atención en otros niveles hospitalarios del servicio de geriatría, cuyo plan de cuidados no hubiera podido ser adecuadamente atendido por nuestro equipo sin una cobertura hospitalaria que nos respaldara directamente.

De forma añadida a lo anterior, el establecimiento de vías fluidas y formales, similares a las aportadas en nuestro estudio, que favorezcan la coordinación entre el equipo geriátrico y atención primaria es el tercer aspecto clave en la eficacia de la intervención^{36,38}.

El tipo de cuidados que pueden desarrollar equipos como el nuestro puede ser diverso. Si bien los datos presentados ilustran la actividad de nuestro equipo en dos aspectos concretos, como la valoración geriátrica domiciliaria y los cuidados en ancianos incapacitados, otro tipo de cuidados domiciliarios de probada eficiencia de estos equipos es el seguimiento al alta hospitalaria de ancianos frágiles con elevado riesgo de ingresos⁴¹. En nuestra práctica, estos cuidados representan la mayor parte de la actividad que realizamos, excluidas las consultas de atención primaria. En este caso nuestra intervención en domicilio es también consensuada con atención primaria, estableciendo de forma conjunta la intensidad y duración de los cuidados al alta hospitalaria por parte del equipo de AGD.

Lo que no realizamos es un cuarto tipo de cuidados especializados en do-

micio, conocido como hospitalización domiciliaria, entendiendo ésta como alternativa a la atención hospitalaria para procesos agudos. Aunque el segundo motivo de consulta desde primaria a nuestro equipo es la valoración de patología clínica concreta, sólo son tratados en su domicilio aquellos pacientes en los que la situación clínica y condiciones sociales no recomiendan la necesidad de atención intrahospitalaria. Por otra parte, independientemente de que la organización de nuestro equipo (con un horario de 8 a 15 horas de lunes a viernes) no nos permite realizar hospitalización domiciliaria, éste es un tipo de atención domiciliaria sobre el que no existe suficiente evidencia de su eficacia y eficiencia, especialmente en la atención del paciente geriátrico⁴².

Una parte importante de nuestra actividad está dedicada a la docencia y formación de los profesionales de atención primaria en el manejo de problemas geriátricos en la práctica, que es el objetivo de la evaluación conjunta de casos clínicos en los centros de salud y que debe complementarse con valoraciones conjuntas domiciliarias. Esta filosofía, como muestra la evolución anual de nuestra actividad en centros de salud, reforza la existencia de estos equipos no sólo como apoyo asistencial, sino también docente a la APS.

Por último, la implantación de estos equipos de apoyo a la APS vendrá determinada por su eficacia y eficiencia e, indirectamente, por la percepción desde APS de una fácil accesibilidad, rapidez en la consulta y una aportación diferenciada en función de su cualificación (derivada de la especialización en los cuidados) y disponibilidad de recursos. Pese a la baja tasa de respuestas en la encuesta realizada, aunque en los rangos habituales en nuestro medio⁴³, la muy favorable opinión de los profesionales de atención primaria de nuestra área sobre la utilidad asistencial del equipo de AGD y de su labor de coordinación como exponente de un servicio de geriatría hospitalario es concordante con los resultados de otras áreas⁴⁴⁻⁴⁶ y constituye un argumento más para el desarrollo de servicios de geriatría hospitalarios con recursos asistenciales diferenciados⁴⁷.

Como conclusiones del presente estudio, podemos establecer las siguientes:

- Los equipos de asistencia geriátrica domiciliaria ofrecen una atención diferenciada a la atención domiciliaria realizada desde atención primaria.
- Tras la generalización del modelo reformado de atención primaria, su actividad continúa siendo de utilidad para los profesionales de atención primaria derivado de su especialización y accesibilidad a recursos hospitalarios.
- El paciente diana de estos equipos es el paciente geriátrico con pluripatología, polifarmacia e incapacidad funcional que dificulta su desplazamiento fuera de su domicilio y que, sin requerir atención en otro nivel hospitalario, presenta síndromes geriátricos o problemas clínicos que superen las posibilidades de atención del nivel primario de salud.
- Esta actividad de apoyo asistencial debe evitar desplazamientos al hospital e institucionalizaciones innecesarias. La evaluación última de estos equipos en nuestro medio en términos de eficacia (como los mencionados, así como sobre la situación funcional, calidad de vida y satisfacción del paciente y familia) y eficiencia debe ser el objetivo de ulteriores estudios.
- Así mismo, y antes de la generalización de equipos específicos de apoyo para la atención domiciliaria a pacientes geriátricos, debiera considerarse si lo que se pretende es una mejora cualitativa y no sólo cuantitativa de la cobertura actual ofrecida por atención primaria, en cuyo caso serán determinantes la especialización en geriatría de los componentes del equipo, su ubicación y recursos estructurales que los respalden y su papel en la coordinación de recursos sanitarios y sociales.

Bibliografía

1. Comité de Expertos de la OMS. Planificación y organización de los servicios geriátricos. Informe Técnico n.º 548. Ginebra: OMS, 1974.
2. Salgado A. Geriatría. Historia, definición, objetivos y fines, errores conceptuales, asistencia geriátrica. Medicine (Madr) 1983; 50: 3235-3239.
3. González-Montalvo JI, Pérez del Molino J, Rodríguez L, Salgado A, Guillén F. Geriatría y asistencia geriátrica: para quien y como (I). Med Clin (Barc) 1991; 96: 183-188.
4. González-Montalvo JI, Pérez del Molino J, Rodríguez L, Salgado A, Guillén F. Geriatría y asistencia geriátrica: para quien y como (II). Med Clin (Barc) 1991; 96: 222-228.
5. Salgado A, Beltrán M. Asistencia geriátrica: geriatría de sector. En: Salgado A, Guillén F, editores. Manual de geriatría (2.ª ed.). Barcelona: Masson, 1994; 43-53.
6. Pérez del Molino J. Asistencia coordinada al anciano en la comunidad. Relación entre atención primaria de salud, servicios sociales y servicio de geriatría hospitalario (I). Care of Elderly (ed. esp.) 1994; 1: 221-228.
7. Guillén F. Atención geriátrica domiciliaria: presente y futuro. Rev Clin Esp 1992; 191: 403-404.
8. Martín Zurro A. El médico de atención primaria y el hospital. Med Clin (Barc) 1986; 86: 414-416.
9. Criado-Montilla J, Ibáñez-Bermúdez F. Relaciones entre hospital y atención primaria. Experiencia de un servicio de medicina interna. Med Clin (Barc) 1996; 106: 463-468.
10. Suberviela VJ. Programas de cooperación entre internistas y médicos de familia: una necesidad. Aten Primaria 1999; 23: 57-59.
11. González-Montalvo JI, Salgado A. Manejo del paciente anciano en atención primaria. Líneas guía. Aten Primaria 1992; 9: 219-226.
12. Grupo de Expertos de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Salud y asistencia geriátrica: conclusiones. Rev Esp Geriatr Gerontol 1994; 29 (Supl 2): 35-38.
13. Comité de Expertos de la OMS. La salud de las personas de edad. Informe técnico n.º 779. Ginebra: OMS, 1989.
14. Gené Badia J. ¿El hospital, debe competir, dominar o compartir con la atención primaria? Aten Primaria 1998; 21: 186-188.
15. Aranaz JM, Buil JA. Gestión sanitaria: acerca de la coordinación entre niveles asistenciales. Med Clin (Barc) 1996; 106: 182-184.
16. Pérez del Molino J. Asistencia coordinada al anciano en la comunidad. Relación entre atención primaria de salud, servicios sociales y servicio de geriatría hospitalario (II). Care of Elderly (ed. esp.) 1994; 1: 291-296.
17. Salgado A, Mohino JM, Del Valle I, Andrés ME, Moriano P, Baragaño A. Asistencia primaria a domicilio. Asistencia geriátrica a domicilio. Hospitalización a domicilio. Rev Esp Geriatr Gerontol 1986; 21: 105-112.
18. González JI, Jaramillo E, Rodríguez L, Guillén F, Salgado A. Estudio evolutivo de los pacientes atendidos en asistencia geriátrica domiciliaria. Rev Clin Esp 1990; 187: 165-169.
19. Rodríguez S, Corrujo E, Guzmán D, Peña A, Benítez JA, López MA et al. Experiencia en asistencia geriátrica domiciliaria. Rev Esp Geriatr Gerontol 1990; 25: 269-274.
20. Serra JA, Rexach L, Cruz AJ, Gil P, Riber JM. Asistencia geriátrica domiciliaria: 20 meses de experiencia. Rev Clin Esp 1992; 191: 405-411.
21. Nebot C, Saiz N, Sardá T. La implantación de los equipos de soporte en la atención primaria: ¿un reto innovador? Rev Esp Geriatr Gerontol 1993; 28: 261-266.
22. Benítez MA, Espinosa JM. Atención domiciliaria. En: Grupo de Trabajo de la semFYC. Atención al anciano. Madrid: Eurobook, 1997; 79-104.
23. Salgado A, González JI. Geriatría y asistencia comunitaria: experiencia del Servicio de Geriatría del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid. Rev Esp Geriatr Gerontol 1993; 28: 300-304.
24. Garrido A, coordinadora. Subprograma de atención al anciano. Madrid: Área 5 de Atención Primaria INSALUD-Madrid, 1995.
25. Guillén F, García A. Ayuda a domicilio. Aspectos médicos en geriatría. Rev Esp Gerontol 1972; 7: 339-346.
26. Regalado P, Valero C, González-Montalvo JI, Salgado A. Las escalas de Cruz Roja veinticinco años después: estudio de su validez en un servicio de geriatría. Rev Esp Geriatr Gerontol 1997; 32: 93-99.
27. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: Barthel index. Md State Med J 1965; 14: 61-65.
28. Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón MT, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarrébita J. Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración de pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev Esp Geriatr Gerontol 1993; 28: 32-40.
29. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. J Am Geriatr Soc 1975; 10: 433-441.
30. González-Montalvo JI, Rodríguez C, Ruipérez I. Validación del cuestionario de Pfeiffer y la escala de incapacidad mental de Cruz Roja en la detección del deterioro mental en los pacientes externos de un servicio de geriatría. Rev Esp Geriatr Gerontol 1992; 27: 129-133.
31. AGS Public Policy Committee. Care management. J Am Geriatr Soc 1991; 39: 429-430.
32. Fanale JE, Keenan JM, Hepburn KW, Von Stenberg T. Care management. J Am Geriatr Soc 1991; 39: 431-437.
33. Keenan JM, Hepburn KW. The role of physicians in home health care. Clin Geriatr Med 1991; 7: 665-675.
34. González-Montalvo JI. Asistencia primaria a domicilio, hospitalización a domicilio, asistencia geriátrica a domicilio. Med Clin (Barc) 1992; 98: 38.
35. Greganti MA, Hanson LC. Comprehensive geriatric assessment. Where do we go from here? Arch Intern Med 1996; 156: 15-17.
36. Bernabei R, Landi F, Gambassi G, Sgarradi A, Zuccala G, Mor V et al. Randomized trial of impact of model of integrated management for older people li-

- ving in the community. Br Med J 1998; 316: 1348-1351.
37. Boling PA. The value of targeted case management during transitional care. JAMA 1999; 281: 656-657.
38. Landi F, Gambassi G, Pola R, Tabacanti S, Cavinato T, Carbonin PU et al. Impact of integrated home care services on hospital use. J Am Geriatr Soc 1999; 47: 1430-1434.
39. Smeenk F, VanHaastregt J, De White L, Crebolder H. Effectiveness of home care programs for patients with incurable cancer on their quality of life and time spent in hospital: systematic review. Br Med J 1998; 316: 1939-1944.
40. Cummings JE, Hughes SL, Weaver FM, Manheim LM, Conrad KJ, Nash K et al. Cost-effectiveness of veterans administration hospital-based home care. Arch Intern Med 1990; 150: 1274-1280.
41. Naylor MD, Broaten D, Campbell R, Jacobsen BS, Mezey MD, Pauly MV et al. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders. A randomized clinical trial. JAMA 1999; 281: 613-620.
42. Contel JC. La hospitalización a domicilio no es una alternativa plenamente recomendable. Aten Primaria 1999; 24: 162-168.
43. Reig A, Caruana A. Participación de médicos en encuestas por correo realizadas por correo. Gaceta Sanitaria 1990; 20: 197-198.
44. González JI, Rodríguez C, Martín MD, Erroz MJ, Tejedor MT, Ruiz MP. Geriatría y atención primaria: resultados de una encuesta en el área de salud de Guadalajara. Rev Esp Geriatr Gerontol 1990; 25: 371-376.
45. Ruipérez I. Geriatría hospitalaria. La ayuda geriátrica domiciliaria. Tesis doctoral. Facultad de Medicina, Universidad de Alcalá de Henares, 1995.
46. Hornillos M, Sanjoaquín A, Vena A, Sanz MJ, Cuenca M, Diestro P. Medidas para mejorar la coordinación entre la asistencia geriátrica domiciliaria y los equipos de atención primaria. Rev Esp Geriatr Gerontol 1999; 34: 101-104.
47. INSALUD. Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores. Madrid: INSALUD, 1995.