



ORIGINAL BREVE

Situación y actividad de las unidades de geriatría de enlace con residencias de mayores en la Comunidad de Madrid



Jesús Mateos-Nozal^{a,*}, Cristina Bermejo Boixareu^b, Nuria Pérez-Panizo^a, Ana Isabel Hormigo Sánchez^c y Francisco Javier Martínez Peromingo^d

^a Unidad de Geriatría de Atención a Residencias, Servicio de Geriatría, Hospital Universitario Ramón y Cajal (IRYCIS), Madrid, España

^b Servicio de Geriatría, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España

^c Servicio de Geriatría, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

^d Coordinación Sociosanitaria, Consejería de Sanidad, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 11 de julio de 2022

Aceptado el 3 de noviembre de 2022

On-line el 26 de noviembre de 2022

Palabras clave:

Residencias de personas mayores

Asistencia geriátrica

Recursos de atención sanitaria

Telemedicina

RESUMEN

Introducción: En junio de 2020, tras la primera ola de la pandemia de COVID-19, se crearon unidades de geriatría de enlace hospitalaria y unidades de atención a residencia de atención primaria en la Comunidad de Madrid, para mejorar la atención sanitaria a los residentes de forma coordinada.

Objetivo: Analizar la situación y la actividad realizada por las unidades de geriatría de enlace hospitalaria. **Material y métodos:** Estudio transversal realizado mediante una encuesta electrónica que se envió a los geriatras de enlace en marzo de 2022, incluyendo los siguientes apartados: recursos disponibles, áreas de atención sanitaria, motivos de consulta, intervenciones asistenciales, actividad investigadora y/o docente, perfiles de residentes atendidos y coordinación con otros profesionales hospitalarios en dicho momento. Se realizó un análisis descriptivo de los datos.

Resultados: Respondieron 100% de las unidades de geriatría de enlace existentes, describiendo importantes diferencias en cuanto a los recursos humanos, el horario de atención y el volumen de pacientes atendidos. Respecto a la actividad asistencial de estas unidades, destacaron la consulta telemática, la valoración presencial durante la hospitalización y en el servicio de urgencias. Los principales motivos de valoración fueron la toma de decisiones, patología aguda y síndromes geriátricos y, entre las intervenciones, la gestión de fármacos de uso hospitalario y de material ortoprotésico.

Conclusiones: A pesar de la heterogeneidad en los recursos de las distintas unidades de geriatría de enlace, existe similitud en su actividad asistencial y en el uso de la telemedicina. Es común la solicitud de valoración para la toma de decisiones, de patología aguda o síndromes geriátricos e intervenciones para la gestión de fármacos y pruebas hospitalarias, material ortoprotésico y la coordinación con otros especialistas. Las unidades de geriatría de enlace deben seguir liderando la atención sanitaria de calidad y coordinada con las residencias, así como la continuidad asistencial de los residentes.

© 2022 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Situation and activity of the liaison geriatrics units with nursing homes in the Community of Madrid

ABSTRACT

Introduction: In June 2020, after the first wave of the COVID-19 pandemic, Hospital-Based Liaison Geriatrics units and Primary Care nursing care units were created in the Community of Madrid to improve health care for residents in a coordinated manner.

Objective: To analyze the situation and the activity of the Hospital-Based Liaison Geriatrics units.

Material and methods: A cross-sectional study was conducted using an electronic survey prepared and sent to the liaison geriatricians in March 2022, including the following sections: available resources, areas of health care, reasons for consultation, care interventions, research and teaching activity, profiles of residents attended and coordination with other health professionals at that time. A descriptive analysis of the data was performed.

Keywords:

Nursing homes

Geriatric care

Health-care resources

Telemedicine

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: je.mdn@yahoo.es (J. Mateos-Nozal).

Results: 100% of the existing Liaison Geriatrics units responded, describing essential differences in human resources, hours of care and volume of patients attended. Regarding the care activity of these units, they highlighted the telematic consultation, and the face-to-face assessment during hospitalization and in the emergency department. The main reasons for assessment were decision-making, acute pathology and geriatric syndromes; and the in-hospital drug management or orthoprosthesis aids among the interventions.

Conclusions: Despite the heterogeneity in the resources of the different Liaison Geriatric units, there is a similarity in their care activity and the use of telemedicine. It is common to request an assessment for decision-making, acute pathology or geriatric syndromes and interventions for managing in-hospital drugs and tests, orthoprosthesis aids and coordination with other specialists. Liaison Geriatrics units must continue leading quality health care coordinated with nursing homes, as well as continuity of care for residents.

© 2022 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

En España existen aproximadamente 367.000 plazas residenciales para personas mayores, en torno a 50.000 de ellas en la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM). Este grupo poblacional presenta frecuentemente comorbilidades, dependencia funcional, síndromes geriátricos y mortalidad asociada al SARS-CoV-2¹.

En marzo de 2020, al inicio de la pandemia por SARS-CoV-2, se crearon en la CAM dispositivos de enlace con las residencias, liderados en su mayoría por los servicios de geriatría, para apoyar la atención sanitaria de los pacientes institucionalizados². Posteriormente, se ha analizado la evolución de estos pacientes, observando una mortalidad elevada y relacionada con la gravedad de la enfermedad y la situación funcional^{3,4}.

Tras la primera ola se reforzaron los servicios de geriatría de Madrid para garantizar estos dispositivos o unidades de enlace con las residencias de mayores y se establecieron recomendaciones para la coordinación con el medio residencial, según la experiencia adquirida en los meses previos^{1,5}. Desde el 2020 se han publicado distintos artículos sobre la actividad y utilidad de algunas de estas unidades^{2,6–8}, similares a otros ejemplos internacionales^{9,10}, mostrando un cambio reciente en la atención sanitaria coordinada a los pacientes institucionalizados.

El objetivo de este estudio fue analizar la situación y actividad de las unidades de geriatría de enlace hospitalaria de la CAM con las residencias de mayores.

Material y métodos

En primer lugar, se diseñó un formulario electrónico por la Dirección General de Coordinación Sociosanitaria de la Consejería de Sanidad que solicitaba datos relacionados con recursos humanos, las áreas de atención, los motivos de derivación, las características de los pacientes habitualmente atendidos y su identificación en la historia clínica, las intervenciones asistenciales, la coordinación con otros profesionales, la investigación y docencia de estas unidades, descritos en la [tabla 1](#).

Resultados

Se obtuvieron respuestas, resumidas en la [tabla 1](#), de todas las unidades de geriatría de enlace existentes en la CAM en el momento de la encuesta; 61,5% de las unidades contaba con un facultativo especialista en geriatría y 38,5% restante con al menos dos facultativos, con un máximo de cuatro por unidad. Además, 57,7% de las unidades contaban con enfermería y algunas unidades incluyeron farmacéutico, nutricionista, trabajador social o administrativo. Un 69,2% de las unidades tenía un horario de lunes a viernes en turno de mañana, 19,2% además tardes y fines de semanas y 11,6% todos

los días en turno de mañana. Por otro lado, 80,8% de los hospitales identificaba a los pacientes institucionalizados en la historia clínica electrónica mediante el uso de alertas.

En relación con la atención ofrecida por las unidades de geriatría de enlace destaca la valoración telemática de pacientes institucionalizados (96,2% de las unidades), seguida de residentes hospitalizados (69,2%) y en el servicio de urgencias (65,4%), presencial en la residencia (53,8%) y en consulta externa (34,6%). Mientras que entre los principales motivos de valoración de las distintas unidades predominaron la toma de decisiones, la patología aguda, los síndromes geriátricos, la conciliación de fármacos, los trámites burocráticos, las lesiones cutáneas y la gestión de recursos, entre el perfil de residentes atendidos reportado como más frecuente por estas unidades destacan los pacientes con demencia, trastornos de conducta o *delirium*; con pluripatología y polifarmacia; con deterioro funcional o caídas; frecuentadores del servicio de urgencias o tras alta hospitalaria y aquellos con enfermedades avanzadas.

Respecto a la valoración telemática, 46,2% de las unidades las realizó con el profesional de la residencia sin el paciente presente y 42,3% las llevó a cabo en ocasiones con el paciente. Existió una importante variabilidad con el número diario de llamadas atendidas (23,1% con menos de 5 llamadas y 19,2% con más de 20 llamadas), y además, 73,1% de las unidades realizó videoconsulta.

En la atención de residentes hospitalizados destacó el ingreso habitual en geriatría (56%), seguido de la notificación a la unidad de enlace previo al alta (44%) o la valoración a demanda por el médico responsable (32%). Además, 73% de las unidades de geriatría de enlace realizó valoraciones en urgencias y 36,8% de estas se realizaron de forma proactiva.

Entre las intervenciones de soporte que se realizan habitualmente por las distintas unidades de geriatría de enlace existió una importante variabilidad, tal y como muestra la [tabla 2](#). Destaca la prescripción y suministro de fármacos de uso hospitalario o material ortoprotésico (92%), la gestión de pruebas, la coordinación con otros especialistas del hospital, la ayuda en la elaboración de un plan de cuidados (81%) y el ajuste del tratamiento tras una valoración puntual (77%).

Estas unidades se coordinaron con otros profesionales sanitarios, además de con las residencias, entre los que destacan no solo las unidades de atención a residencias de atención primaria y salud pública del área, sino también otros servicios o unidades hospitalarias, tal como traumatología (72%), urgencias (60%), cuidados paliativos (60%), medicina interna (56%) y dermatología (48%).

Por último, desde el punto de vista docente e investigador, 76,9% de las unidades de geriatría de enlace contaba con rotaciones para estudiantes o residentes de medicina y/o enfermería, 53,8% ofrecía formación reglada a profesionales de las residencias y 42,3% realizaba estudios de investigación con las residencias.

Tabla 1
Encuesta sobre la organización y el funcionamiento de las unidades de geriatría de enlace

Variable	Respuestas
<i>Información general y recursos humanos</i>	
1. Hospital	26
2. Número de médicos en su unidad	1 (61,6%), 2 (19,2%), 3 (11,5%) o 4 (7,7%)
3. Número de enfermeras en su unidad	0 (42,3%), 1 (46,2%), 2 (7,7%) o 3 (3,8%)
4. Otros profesionales a tiempo completo/parcial*	Trabajador social (3,8%), nutricionista (3,8%), farmacéutico (3,8%), administrativo (7,7%) o ninguno (80,9%)
5. Horario de atención a residencias*	Mañana de lunes a viernes (69,2%), mañana y tarde todos los días (19,2%) y mañana de lunes a domingo (11,6%)
<i>Áreas de atención</i>	
6. Tipo de valoración de pacientes institucionalizados empleada*	Atención telemática (96,2%), atención en urgencias (65,4%), atención en consulta específica (34,6%), atención durante hospitalización (69,2%), o atención presencial en residencia (53,8%)
7. Atención en urgencias habitual	Previa petición de urgencias (46,28%), de forma proactiva (26,9%) y sin actividad (26,9%)
8. Paciente institucionalizado hospitalizado*	Generalmente ingresa en geriatría (56%), valoración a demanda tras ingreso en otro servicio (32%), avisan antes del alta (44%) o valoración proactiva (8%)
9. Valoración telemática residentes	Solo con profesional de residencia (46,2%), paciente está presente siempre durante valoración (11,5%) o combinación de previas (42,3%)
10. Programa utilizado valoración telemática	Comercial (57,7%), específico integrado (15,4%) o ninguno (26,9%)
11. Número de llamadas diarias unidad	1-5 (23,1%), 5-10 (11,5%), 10-15 (38,5%), 15-20 (7,7%) o más de 20 (19,2%)
<i>Motivos de derivación</i>	
12. Evalúe los motivos de consulta más frecuentes entre 0 y 10	Media encuestas: patología aguda (8,2), síndromes geriátricos (7,9), toma de decisiones (8,3), conciliación de fármacos (7,5), lesiones cutáneas (7), trámites burocráticos (7) y gestión de recursos (3,5)
<i>Perfil de pacientes atendidos</i>	
13. Indique la tipología más frecuente*:	Deterioro funcional o caídas (36% unidades); demencia, <i>delirium</i> o trastorno conducta (86%); tras alta hospitalaria (24%); pluripatología y polifarmacia (60%), enfermedades avanzadas (20%), frecuentadores de urgencias (28%), reingresos frecuentes (16%), seguimiento por múltiples especialistas (16%) u otra (8%)
<i>Identificación de pacientes institucionalizados</i>	
14. Se identifica en la historia clínica a los residentes	Sí (80,8%), no (15,4%) o parcial (3,8%)
15. Se puede conocer los residentes ingresados periódicamente	Sí (80,8%), no (7,7%) o solo los ingresados en geriatría (11,5%)
16. Se puede conocer los motivos de ingreso de los residentes periódicamente	Sí (73,1%) o no (26,9%)
<i>Intervenciones realizadas por la unidad</i>	
17. Señale todas las que realice habitualmente*	Valoración paciente hospitalizado (50%), gestión del alta hospitalaria (54%), gestión del caso ambulatoria (61%), valoración puntual y ajuste de tratamiento (77%), prescripción de fármacos de uso hospitalario (92%), elaboración de plan de cuidados (81%), apoyo planificación anticipada y toma de decisiones (81%), prescripción de material ortoprotésico (92%), gestión de pruebas (81%), tratamiento en hospital de día (65%), ingreso hospitalario programado (58%), coordinación con otros especialistas (81%) o con atención primaria (58%)
<i>Coordinación con otros profesionales</i>	
18. Grado de coordinación con la Unidad de Atención a Residencias (UAR)	Media 8,1 y rango 2-10
19. Grado de coordinación con Salud Pública	Media 7,2 y rango 2-10
20. Enumere especialidades con las que colabora:	Cardiología (32%), cirugía vascular (12%), cuidados paliativos (60%), dermatología (48%), digestivo (28%), enfermedades infecciosas (32%), medicina interna (56%), neumología (32%), neurología (32%), psiquiatría (28%), traumatología (72%), urgencias (60%) u otra (12%)
21. Con qué equipos tiene reuniones periódicas*	UAR (78%), centro de salud (30%), salud pública (30%), urgencias (26%) u otros (13%)
<i>Investigación y docencia</i>	
22. Realiza formación reglada a profesionales de las residencias	Sí (53,8%) o no (46,2%)
23. Realiza investigaciones con alguna de sus residencias	Sí (42,3%) o no (57,7%)
24. Indique los profesionales que rotan en su unidad*	Residentes de geriatría (20%), residentes de otras especialidades médicas (20%), residentes de enfermería (25%), estudiantes de medicina (50%) y estudiantes de enfermería (35%)

* Opción múltiple.

Discusión

Esta primera encuesta sobre la situación de las unidades de geriatría de enlace con residencias de mayores en la CAM, estudia la composición de las mismas y su actividad clínica, docente e investigadora, ofreciendo una información relevante para la atención sanitaria de los pacientes institucionalizados en Madrid. Cabe destacar la tasa de respuesta de 100%, así como las importantes diferencias en cuanto a recursos humanos, el horario de atención y

el volumen de pacientes atendidos. Estas diferencias se deben a los distintos recursos humanos asignados a las distintas unidades de geriatría de enlace, así como el tamaño y organización de los servicios de geriatría, el número de residencias atendidas y el número de residentes dependientes de cada hospital.

A pesar de las diferencias, cabe destacar las similitudes en cuanto a la actividad asistencial, predominando el uso de la telemedicina. Esta colaboración telemática entre geriatría y residencias se instauró en las distintas áreas sanitarias durante la primera ola de

Tabla 2
Intervenciones realizadas por las unidades de geriatría de enlace de la Comunidad de Madrid

Intervención	Unidades de Geriatría de Enlace																%
Prescripción de fármacos de uso hospitalario																	92
Prescripción material orto protésico																	92
Gestión de pruebas																	81
Coordinación con otros especialistas																	81
Establecimiento de plan de cuidados																	81
Apoyo en la toma de decisiones																	81
Valoración puntual y ajuste de tratamiento																	77
Tratamiento en hospital de día																	65
Gestión del caso en consulta																	61
Ingreso hospitalario programado																	58
Coordinación con Atención Primaria																	58
Gestión del alta hospitalaria																	54
Valoración y seguimiento del paciente ingresado																	50

la pandemia COVID-19. Existen datos previos a nivel internacional sobre su utilidad en esta población^{8,9}. Además, es frecuente la valoración en los distintos niveles asistenciales por distintos motivos, destacando la toma de decisiones, la patología aguda, los síndromes geriátricos (por ejemplo, demencia, *delirium*, caída...) y la conciliación de fármacos, similares a los descritos por el programa GeriCare@North Experience¹⁰. Estos motivos ponen de manifiesto la labor asistencial clave de estos equipos en colaboración con las residencias, no siendo un mero enlace entre residencias y hospital.

Respecto a las intervenciones reportadas por estos equipos destacan las intervenciones que facilitan el acceso a medicación de uso hospitalario, la prescripción de material ortoprotésico, la gestión de pruebas y coordinación con otros especialistas. Además, es preciso destacar la colaboración en la docencia de tres de cada cuatro de las unidades, incluyendo formación a los profesionales de residencia, tal y como se recomienda a nivel europeo¹¹, y de cuatro de cada diez de las unidades en proyectos de investigación, destacando distintas publicaciones de estas unidades^{12–14}.

Este modelo de atención, en un principio reactivo a la COVID-19, se ha ido transformando, dentro del espíritu actual de la geriatría, para tener una vertiente más transversal, estrechando la relación no solo con otros servicios hospitalarios como las urgencias, sino también con la atención primaria. Esta estrategia es pionera a nivel nacional.

No obstante, entre las limitaciones de este estudio, es preciso destacar que los resultados se basan en una encuesta subjetiva basada en las opiniones y datos reportados por los distintos geriatras de enlace. Son necesarias más investigaciones sobre la actividad asistencial y el impacto de estas unidades considerando las características de las mismas, así como de los servicios de geriatría, de los hospitales y de las residencias de mayores. Además, es preciso evaluar la satisfacción y valoración de estas unidades por los profesionales de las residencias de mayores.

Por otro lado, es preciso valorar si definir un modelo común para estas unidades es deseable, si bien es muy complejo, ya que no hay una correlación entre el tamaño del hospital, el tamaño del servicio de geriatría, el número de residencias y el número de pacientes institucionalizados en el área. Además, una revisión sistemática evidenció la necesidad de más estudios sobre el trabajo integrado con profesionales de residencias ante la heterogeneidad de las intervenciones existentes¹⁵.

La geriatría y las unidades de geriatría de enlace deben asumir la complejidad y el reto que supone el paciente institucionalizado, liderando el desafío de brindar atención geriátrica especializada integral y continuidad asistencial de los residentes con los profesionales de la residencia y otros profesionales sociosanitarios.

Financiación

No se ha recibido financiación económica para la realización de este estudio.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses por parte de los autores.

Bibliografía

- Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid. Informe centros socio-sanitarios [Internet]. 2021 [consultado 29 Abr 2022]. Disponible en: www.icomem.es/adjuntos/adjunto_3043.1616665138.pdf
- Menéndez-Colino R, Argentina F, Merello de Miguel A, Barcons Marqués M, Chaparro Jiménez B, Figueroa Poblete C, et al. Liaison geriatric hospital based team with nursing homes in COVID time. A new coordination model arrived to stay. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2021;56:157–65.
- Bielza R, Sanz J, Zambrana F, Arias E, Malmierca E, Portillo L, et al. Clinical Characteristics, Frailty, and Mortality of Residents With COVID-19 in Nursing Homes of a Region of Madrid. *J Am Med Dir Assoc*. 2021;22:245–52.
- García-Cabrera L, Pérez-Abascal N, Montero-Erassquin B, Rexach Cano L, Mateos-Nozal J, Cruz-Jentoft A, et al. Characteristics, hospital referrals and 60-day mortality of older patients living in nursing homes with COVID-19 assessed by a liaison geriatric team during the first wave: a research article. *BMC Geriatr*. 2021;21:610.
- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Papel de la geriatría en la coordinación con el medio residencial [Internet]. 2020 [consultado 30 Abr 2022]. Disponible en: www.segg.es/media/descargas/geriatria-coordinacionmedio-residencial.pdf
- Sáez-López P, Arredondo-Provecho AB. Experiencia de colaboración entre hospital y centros socio-sanitarios para la atención de pacientes con COVID-19. *Rev Esp Salud Pública*. 2021;95:e202104053.
- Mateos-Nozal J, Pérez-Panizo N, Zárate Sáez CM, Vaquero-Pinto MN, Roldán-Plaza C, Mejía Ramírez-Arellano MV, et al. Proactive Geriatric Comanagement of Nursing Home Patients by a New Hospital-Based Liaison Geriatric Unit: A New Model for the Future. *J Am Med Dir Assoc*. 2022;23:308–10.
- Bermejo Boixareu C, Lovatti González R, Aparicio Molla S, Pérez Rodríguez P, Fernández Arana L, Gómez-Pavón J. Implantación de un programa de Geriatría de Enlace coordinado con Atención Primaria en 60 centros sociosanitarios del área asistencial noroeste de la Comunidad de Madrid [Implementation of a Geriatric liaison team in coordination with Primary Care attending 60 nursing homes in the northwest community healthcare network of the Community of Madrid]. *Semergen*. 2022;5:334–43.
- Jen SP, Bui A, Leonard SD. Maximizing efficiency of telemedicine in the skilled nursing facility during the coronavirus disease 2019 pandemic. *J Am Med Dir Assoc*. 2021;22:1146–8.
- Low JA, Toh HJ, Tan LLC, Chia FS JWK, Soek ATS. The nuts and bolts of utilizing telemedicine in nursing homes – The GeriCare@North experience. *J Am Med Dir Assoc*. 2020;21:1073–8.
- O'Neill D, Briggs R, Holmerova I, Samuelsson O, Gordon AL, Martin FC, et al. COVID-19 highlights the need for universal adoption of standards of medical care for physicians in nursing homes in Europe. *Eur Ger Med*. 2020;11:645–50.
- Candel FJ, Barreiro P, San Román J, Del Mar Carretero M, Sanz JC, Pérez-Abeledo, et al. The demography and characteristics of SARS-CoV-2 seropositive residents and staff of nursing homes for older adults in the Community of Madrid: the SeroSOS study. *Age ageing*. 2021;50:1038–47.
- Pérez-Rodríguez P, Díaz de Bustamante M, Aparicio Mollá S, Arenas MC, Jiménez-Armero S, Lacosta Esclapez P, et al. Functional, cognitive, and nutritional decline in 435 elderly nursing home residents after the first wave of the COVID-19 Pandemic. *Eur Ger Med*. 2021;21:1137–45.
- San Román J, Candel FJ, Sanz JC, López P, Menéndez-Colino R, Barreiro P, et al. Humoral and Cellular Response after mRNA Vaccination in Nursing Homes: Influence of Age and of History of COVID-19. *Vaccines (Basel)*. 2022;10:383.
- Davies SL, Goodman C, Bunn F, Victor C, Dickinson A, Iliffe S, et al. A systematic review of integrated working between care homes and health care services. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:320.