

## UNIDAD DE COORDINACIÓN Y APOYO ASISTENCIAL A RESIDENCIAS: GERIATRÍA DE ENLACE

### PRESENTACIÓN

La unidad de coordinación y apoyo a residencias surgió al inicio de la pandemia por SARS COV2, con el objetivo de asegurar la asistencia médica a los pacientes de institución y conseguir un exhaustivo seguimiento epidemiológico. Aprovechando esa coordinación se continua el proyecto ampliando la unidad multidisciplinar con un geriatra de enlace.

El geriatra de enlace es una figura de coordinación entre los cuidados hospitalarios y el ámbito habitual del paciente, que en este caso es la residencia sociosanitaria. Su principal función es que exista una adecuada continuidad y calidad asistencial, pero además desempeña un trabajo de acoplamiento durante las derivaciones hospitalarias y en los diferentes niveles de asistencia.

En relación a los medios para llevar a cabo este proyecto mantenemos el coche de la unidad de coordinación para desplazamientos y asistencia presencial en residencia y se amplían los métodos de contacto con un teléfono directo con geriatra de enlace. Existirá también la posibilidad, a través del correo electrónico de la unidad, de comunicar derivaciones o realizar consultas telemáticas. Se añade a su estructura una consulta ubicada en el hospital de Oza que, además de ampliar la asistencia en el ámbito hospitalario en casos seleccionados, será un recurso para programar reuniones con los familiares. Este espacio ayudará a crear un ambiente confortable para intercambio de información o en la toma de decisiones clínicas.

En el caso de los pacientes con caídas que requieran una valoración presencial, este espacio brindará la posibilidad de ampliar las pruebas complementarias con test de equilibrio y velocidad de la marcha.

### JUSTIFICACIÓN

El objetivo es, a través de la valoración geriátrica integral, implementar la atención a usuarios de residencia y mejorar el manejo de los síndromes geriátricos más frecuentes. Identificando las necesidades más relevantes en el ámbito residencial se inicia un programa para mejorar la atención al usuario de residencias sociosanitarias.

### CARTERA DE SERVICIOS

Dada la idiosincrasia del paciente anciano centraremos nuestros esfuerzos en 5 pilares fundamentales:

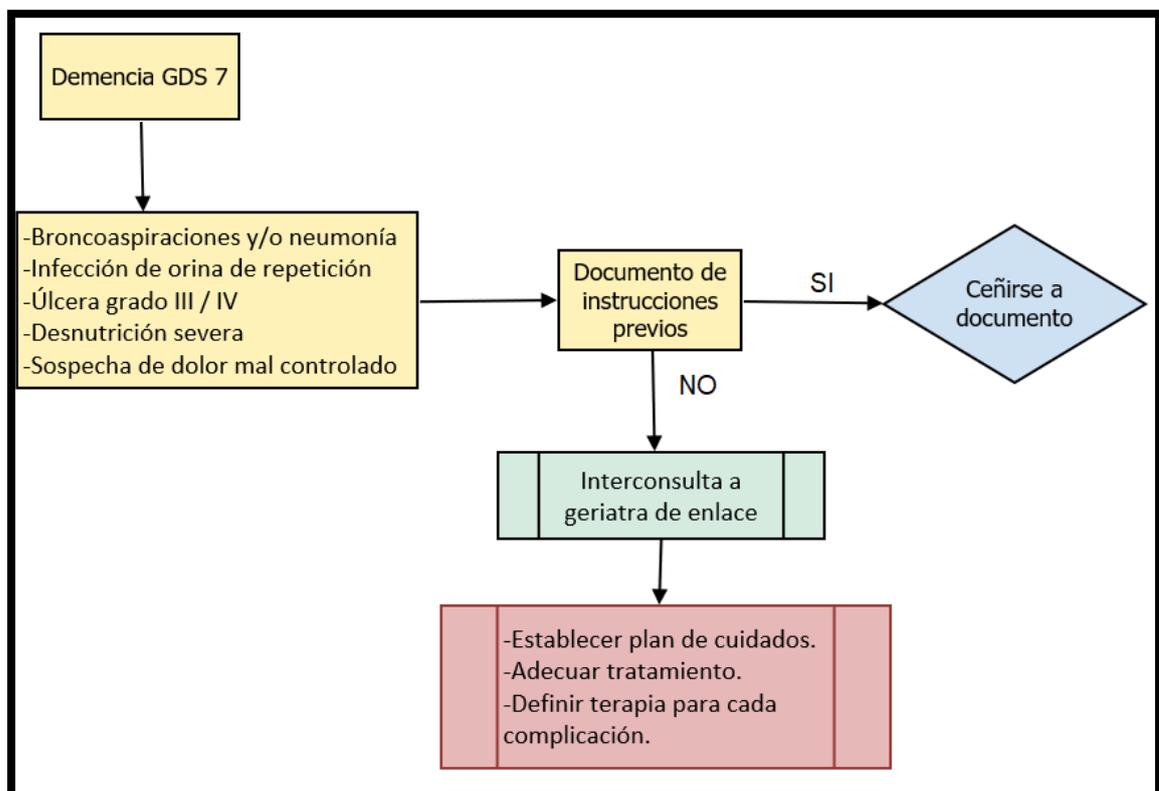
1. Establecer un plan de cuidados en pacientes con demencia avanzada en fase final de vida.
2. Registrar y evaluar las prescripciones potencialmente inadecuadas.
3. Implantar una vía de derivación para pacientes con síndrome de caídas.
4. Osteoporosis en residencias sociosanitarias: Proyecto OsteoReSS.
5. Prevención de infecciones por gérmenes multirresistentes.

## PROCEDIMIENTOS

### 1. Establecer un plan de cuidados en pacientes con demencia avanzada en fase final de vida.

La demencia en estadio muy grave es una enfermedad terminal ya que no tiene un tratamiento curativo, no existe ningún fármaco que frene la progresión y existe un alto riesgo de fallecimiento a corto plazo. Por tanto, como cualquier paciente en fase final de vida, los cuidados tienen que estar dirigidos a mantener el confort y evitar medidas fútiles.

El geriatra de enlace ayudará a la toma de decisiones en pacientes con necesidades paliativas que precisen un plan de cuidados específicos. Los pacientes candidatos a esta vía de derivación serán pacientes con demencia GDS 7 y complicaciones asociadas a la fase final de la enfermedad.



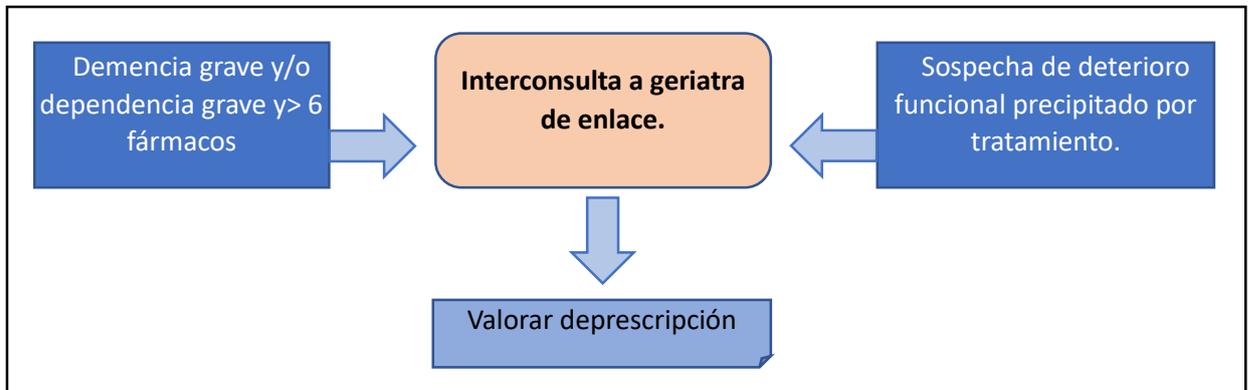
Se incluirá la opción de programar reuniones con familiares con el objetivo de explicar la situación clínica, resolver dudas y establecer conjuntamente el nivel de cuidados.

### 2. Registrar y evaluar las prescripciones potencialmente inadecuadas:

La polimedicación, entendida en métodos cuantitativos o cualitativos, conlleva habitualmente interacciones y efectos secundarios no deseados. Con los pacientes mayores hay que redefinir periódicamente el plan terapéutico eliminando, sustituyendo o ajustando dosis de fármacos.

El geriatra de enlace será una herramienta de consulta para usuarios en lo que exista sospecha de prescripciones inadecuadas.

Un exemplo serían os pacientes con demencia grave o dependencia grave que estén polimedicados (máis de 6 prescricións activas) o usuarios en los que se sospeche un compromiso funcional secundario al tratamento (alteración del patrón de la marcha, caídas de repetición o somnolencia diurna no justificada por outra causa).



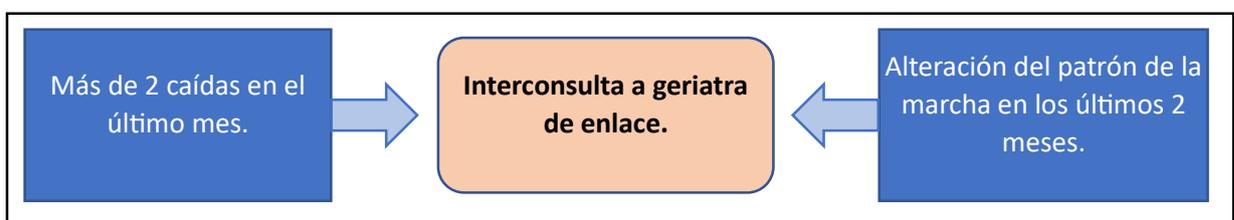
### **3. Estudio de pacientes con síndromes de caídas:**

Se sabe que las caídas es uno de los grandes síndromes geriátricos y que suelen producirse por las deficiencias que acompañan al envejecimiento e influenciado por factores extrínsecos o iatrogénicos. Aunque no se le da la relevancia que merece, es el principal motivo de pérdida de independencia del paciente mayor, lo que supone un problema de salud pública.

En cuanto a grupos poblacionales, son los paciente institucionalizados u hospitalizados los que tienen mayor riesgo de caídas porque presentan un mayor deterioro funcional, cognitivo y comorbilidad.

Dado que las caídas son posiblemente el síndrome geriátrico del que más se conocen los factores de riesgo, lo más rentable es estudiar sus causas para identificarlas y eliminarlas.

Para ello se inicia un programa de consulta, telemática o presencial según el caso, para residentes en los que se han registrado caídas habituales (> 2 en un mes) o exista un cambio del patrón de la marcha de reciente instauración.



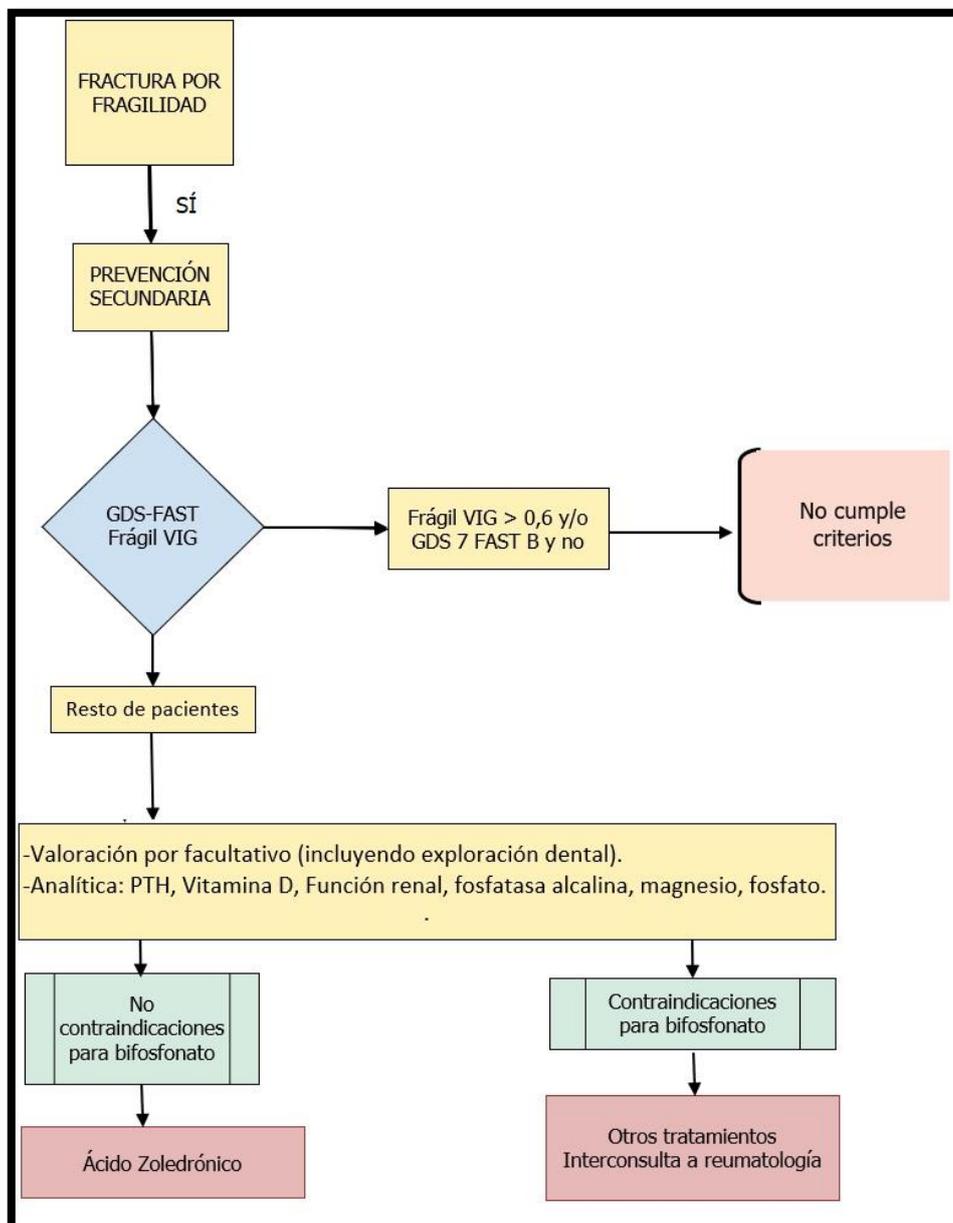
### **4. Proyecto OsteoReSS:**

Con relación al síndrome de caídas y las posibles consecuencias de estas, se decide iniciar un proyecto de prevención de fracturas en pacientes con osteoporosis. Dado que la mayor muestra de pacientes frágiles con alto riesgo de fracturas se encuentra en las residencias, se inicia este proyecto con el fin de asegurar el tratamiento de la osteoporosis en usuarios.

Ante el volumen de pacientes con alto riesgo de fractura se prioriza iniciar tratamiento en usuarios que ya hayan presentado al menos una fractura por fragilidad en los últimos 2 años (prevención secundaria). Según la valoración médica, incluyendo exploración dental, y la analítica se decidirá el tipo de tratamiento. En casos complejos se podrá consultar con el servicio de reumatología.

En una segunda fase se evaluarán las medidas a implementar en prevención primaria.

Se informará a los familiares de la inclusión en el proyecto y de la terapia indicada.



**5. Prevención de infecciones por gérmenes multirresistentes:**

Las residencias, por sus características estructurales y organizativas, así como por el tipo de cuidados que precisan los usuarios, son elementos favorecedores de una mayor prevalencia de infección en los usuarios. Si añadimos que los pacientes de institución con grandes consumidores de recursos sanitarios (derivaciones a urgencias, hospitalizaciones y tratamientos antibióticos) es habitual que los gérmenes de las residencias sociosanitarias sean similares a los nosocomiales.

Los usuarios de residencia, además, tienen un alto porcentaje de colonización por gérmenes multirresistentes, siendo preciso un seguimiento más estrecho de los mismos.

Como paso inicial se realizará en una residencia de tamaño medio una evaluación del número de usuarios colonizados por gérmenes multirresistentes.

Por otro lado, se hará una escala de estratificación en residencias para catalogarlas según el riesgo de multirresistencias y valorar implementar las medidas de prevención correspondientes según el nivel de riesgo de la residencia.

### **CONTACTO:**

Las derivaciones se realizarán cubriendo el *anexo 1* y enviándolo al correo o mediante contacto telefónico de 8 a 15 horas de lunes a viernes.

**Correo:** [residencias.asacec@sergas.es](mailto:residencias.asacec@sergas.es)

**Teléfono:** Dra. Laura Gamonal: 606936545

### **BIBLIOGRAFÍA:**

- Demencia severa, avanzada y cuidados paliativos: <https://www.segg.es/media/descargas/Demencia-severa-avanzada-y-cuidados-paliativos.pdf>
- Guía de recomendaciones en prevención de caídas en la persona mayor institucionalizada: <https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM050940.pdf>
- Criterios Beers de deprescripción farmacológica: [American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults \(sbgg.org.br\)](https://www.sbgg.org.br/american-geriatrics-society-2023-updated-ag-s-beers-criteria-for-potentially-inappropriate-medication-use-in-older-adults)
- Guía de recomendaciones para la prevención de la infección sociosanitaria en las residencias de mayores: [Borrador Final V12 PPCIR 20230125 \(semergen.es\)](https://www.semergen.es/documentos/Borrador_Final_V12_PPCIR_20230125)

## ANEXO 1. Datos para interconsulta con Geriatra de enlace:

### Residencia y personal que solicita interconsulta:

### Datos del usuario:

- Nombre y Apellidos:
- DNI o número de historia clínica:

### Motivo de derivación:

- Demencia avanzada en fase final de vida.
- Prescripciones potencialmente inadecuadas.
- Síndrome de caídas.
- Proyecto OsteoReSS.

### Información adicional:

- Tratamiento actualizado (dosis y posología):
- GDS FAST:
- VIG FRÁGIL: