

MEMORIA DE MI ROTACIÓN EXTERNA EN HELSINKI (FINLANDIA)

Introducción

Durante estos dos meses en Helsinki, he podido conocer, a fondo, cómo funciona su sistema de salud y, en especial, la Geriátría, así como los distintos niveles asistenciales de los que disponen.

El sistema de salud nacional de Finlandia fue creado en 1940 y cuenta con una administración altamente descentralizada, múltiples fuentes de financiamiento (impuestos nacionales, seguridad social llamada Kela, seguros privados etc) y tres canales de provisión de servicios estatuarios: el sistema municipal- desde 1972-, el sistema nacional de seguro de salud (NHI) y la atención de salud ocupacional. El sistema básico de salud está organizado por los municipios (es decir, las autoridades locales), que son responsables de financiar la atención primaria y especializada. Cubre todos los niveles asistenciales, sin embargo, a diferencia de España, no es completamente gratis, sino que existe el copago (con excepción de los menores de 16 años, embarazadas, estudiantes de universidad y para la vacunación).

A principios de 1990, la recesión económica en Finlandia redujo la financiación pública y debilitó su economía. Desde los años 2000, se han realizado muchas propuestas de cambios en este sistema, para intentar centralizarlo y unificar el sistema de salud con los servicios sociales. Las propuestas de reforma en este país son complicadas, ya que suponen extensos cambios legislativos y, eventualmente, requerirán un acuerdo gubernamental entre los partidos de coalición.

Respecto a la Geriátría, es una especialidad relativamente nueva. La sociedad finlandesa de Geriátría fue fundada en 1980, para promover un buen envejecimiento y aumentar el conocimiento sobre las personas mayores. En Finlandia, la población es de 5,4 millones. La proporción de personas mayores de 65 años, o más, es del 20% y se espera que aumente hasta el 36% para el año 2040, por lo que es fundamental proporcionarles el mejor cuidado posible. Para la especialización, son 5 años de residencia, con un sistema muy diferente al nuestro. No precisan de un examen MIR, sino que se escoge a los candidatos en base a su curriculum, experiencia previa y una entrevista realizada. No tienen evaluaciones tras cada rotación, ni anuales, pero si un examen final de residencia para evaluar los conocimientos y habilidades adquiridas en ese periodo.

Para conocer en profundidad el funcionamiento de la Geriátría en Finlandia, he estado rotando por diferentes áreas, cambiando cada 1-2 semanas. Actualmente, se están produciendo muchos cambios en la Geriátría, con mayor crecimiento en el ámbito hospitalario, así como estructurales, en el Hospital Universitario de Helsinki (HUS). Secundariamente, mi rotación se ha tenido que adaptar a los diversos servicios hospitalarios por lo que, desafortunadamente, no he podido conocer bien el trabajo que realizan con Oncología, ni su papel en el servicio de Urgencias. Además de haber conocido los diferentes niveles asistenciales, cada miércoles se realizaba una reunión de 1:30h del servicio de Geriátría, en la que se discutían y analizaban artículos recientemente publicados. Ha sido una oportunidad para poder desenvolverme y argumentar en inglés de forma oral.

Interconsultas quirúrgicas: Traumatología, Cirugía General y Digestiva y Cirugía Plástica

La primera semana pude conocer el trabajo que realizan con Traumatología en relación a pacientes con fractura de cadera. No tienen una unidad de Ortopediología con asistencia compartida, sino que funcionan como interconsultores desde hace 10 meses, por lo que el trabajo multidisciplinar en esta unidad es muy reciente. Se trata de una unidad de agudos con una estancia media muy corta (2-3 días aproximadamente), donde se interviene quirúrgicamente a los pacientes y, posteriormente, son trasladados a una unidad de recuperación funcional. Todos los días revisábamos si había nuevos ingresos, si se habían intervenido a los pacientes y las incidencias producidas. Solo se dispone de un médico geriatra para todos los pacientes, por lo que era imposible visitarlos a diario. En la primera visita, es fundamental realizar una valoración geriátrica integral, valorando además su fragilidad, para ver potencial rehabilitador y su situación social. Entre las intervenciones realizadas por Geriátrica, destaca el tratamiento y prevención del delirium, el manejo de descompensaciones de patologías crónicas (como insuficiencia cardiaca, reagudización de EPOC etc), la mejora del estado nutricional y el control del dolor. En la mayoría de los pacientes, se realiza bloqueo femoral (en muchos artículos disponibles recomiendan la realización del procedimiento ecoguiado, sin embargo no lo hacen así en este hospital, sino exclusivamente mediante la palpación de la arteria femoral) lo que implica una reducción del dolor considerable, menor necesidad de opioides y, por tanto, de las complicaciones derivadas. Es especialmente relevante para el control del dolor en pacientes con demencia, que está con frecuencia infratratado. Entre las contraindicaciones, se encuentra la agitación incontrolable que suponga un riesgo para la técnica, las infecciones y los antecedentes de intervención vascular en la zona inguinal. Me ha llamado mucho la atención el sondaje vesical de todos los pacientes, siendo los cirujanos reticentes a su retirada precoz, a pesar de las recomendaciones de Geriátrica y la escasa movilización precoz (casi ningún paciente ha iniciado sedestación a las 24h de la operación), a pesar de realizarse intervenciones quirúrgicas en las primeras 48h, que mejora el pronóstico. Se trata de una unidad muy nueva con poco personal (en Finlandia no disponen de auxiliares de enfermería), por lo que resulta complicado mejorar el cuidado de estos pacientes. Desde que ha comenzado a trabajar un geriatra con los traumatólogos ha disminuido la incidencia de delirium y la mortalidad, sin embargo, todavía hay muchas áreas de mejora.

Durante dos semanas, he estado siguiendo la interconsulta de Cirugía General y Digestiva. Aquí, ingresan pacientes de dos formas, de forma urgente, a través del servicio de Urgencia (se pueden ver hemorragias digestivas, obstrucciones intestinales, vólvulos o perforaciones) y de forma programada, al detectarse neoplasias malignas gastrointestinales. Lo que más me ha llamado la atención es la cantidad de pacientes mayores de 70 años que ingresan a cargo de este servicio, quizás porque en mi hospital -el Ramón y Cajal- suelen ser rechazados para realizar pruebas más invasivas e ingresan en otros servicios médicos. A diferencia de mi hospital, las hemorragias digestivas altas son patologías de Cirugía General, ya que son ellos los que realizan las endoscopias, por lo que no precisan valoración por Gastroenterología. He podido ver multitud de pacientes con diferentes patologías pero, en casi todos, se ha intentado continuar con pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas, sin importar la

edad. He visto como, una paciente de 87 años, con diverticulitis aguda y perforación intestinal, ha sido intervenida quirúrgicamente o un paciente con 93 años con rectorragia que, tras su resolución, prevén realizar un estudio ambulatorio con colonoscopia y decidiendo entonces qué intervención quirúrgica realizar. El papel del geriatra en esta interconsulta no suele ser ayudar a tomar decisiones sobre el plan terapéutico (solíamos ver a los pacientes una vez se había decidido el ingreso en Cirugía General y en la mayoría de las veces se había realizado ya la intervención quirúrgica) pero si se realiza una valoración geriátrica integral con valoración nutricional y de fragilidad mediante la escala de fragilidad clínica (CFS). Además, ayudábamos a planificar la ubicación al alta, el manejo del dolor durante el ingreso, el ajuste farmacológico y el manejo del delirium que presentaban muchos pacientes. La intervención del geriatra aquí creo que es fundamental para una recuperación lo más rápida posible. Siempre se intentaba iniciar sedestación y recuperación funcional, con ejercicios de fisioterapia en los primeros días de ingreso así como intentar mejorar el estado nutricional, iniciándose suplementación oral y modificando la dieta, con mayor ingesta proteica.

Los martes y jueves había una consulta multidisciplinar, junto a un anestesista, un cirujano y un geriatra, para valorar a pacientes con patologías quirúrgicas en especial neoplasias gastrointestinales, aunque también se valoraban las hernias umbilicales e inguinales. Durante la consulta, de 45 minutos, se realizaba, por parte del geriatra, una evaluación integral funcional, cognitiva y especialmente de fragilidad, para verificar si eran aptos para su intervención. Por supuesto, antes de que pasara el paciente, todos los profesionales involucrados habían visto sus enfermedades previas, tratamiento habitual y el tipo de patología que tenía. No es lo mismo una intervención de una hernia que un cancer colorrectal, dónde hay que hacer en muchas ocasiones una resección, que implica portar una colostomía el resto de su vida. Se les explicaban los riesgos y beneficios de la intervención a los pacientes, para que pudiera entender bien todo el proceso. Posteriormente, se decidía si se intervenía al paciente o no y se daban recomendaciones por parte del geriatra, si se identificaba algún problema previo, como por ejemplo nutricional (de esa forma se indicaba una dieta rica en proteínas y, si había presentado síndrome constitucional y cumplía criterios GLIM de desnutrición, se pautaban suplementos nutricionales), optimización de fármacos o intervención a nivel funcional. Con respecto a las hernias, era fundamental saber el tipo de sintomatología que producían o si era solo por un problema estético. En una ocasión a una paciente, que no presentaba dolor abdominal, reflujo gastroesofágico u otra sintomatología, le fue denegada la intervención, dado el riesgo quirúrgico que suponía y de delirium (ya había presentado en varias ocasiones durante ingresos previos delirium hiperactivo). Me encantaría poder disponer de este trabajo en equipo en mi hospital, porque creo que podríamos conseguir realizar mejor manejo clínico en este tipo de pacientes y se podrían realizar más intervenciones quirúrgicas de las que se realizan. Sin embargo, creo que sería fundamental la valoración geriátrica integral y tomar decisiones de forma conjunta, incluso en los pacientes que ingresan de forma urgente, para evitar un ensañamiento terapéutico.

Otras de las interconsultas que pude ver fue las que realizaban en Cirugía Plástica, visitábamos pacientes de > 70 años, ingresados normalmente tras la amputación de alguna falange (por complicaciones secundarias a la diabetes

mellitus o por patología vascular) y úlceras por presión. En estos pacientes, realizábamos recomendaciones nutricionales, ajuste farmacológico, siendo fundamental la analgesia, la movilización precoz y las pautas para prevenir y tratar el delirium. Todo el personal médico conoce las complicaciones que pueden presentar estos pacientes y la importancia de la movilización precoz, por lo que habitualmente solicitan valoración por Rehabilitación que indica una pauta de ejercicios de fisioterapia durante el ingreso, siendo la mayoría de ellos derivados a otros centros para recuperación funcional. Para aquellos pacientes con mayor autonomía y funcionalidad, disponen todas las plantas de salas comunes dónde, curiosamente, no solo hay una TV o prensa sino que, además, tienen una cinta para correr y pedalines. Me parece, por una parte, una ocasión estupenda para poder socializar y poder mantenerse en forma física, a pesar de estar ingresado, aunque es cierto que, pacientes nonagenarios con deterioro cognitivo u otras patologías con dificultad para la movilización, no solían poder acudir a esas salas. Creo que la ayuda que proporciona el geriatra es fundamental para mejorar la situación clínica de estos pacientes.

Hospitalización en unidad de agudos

La 4^o semana he estado en la parte de hospitalización de agudos de otro hospital diferente (Malmi) dónde ingresan pacientes a partir de los 70 años. En mi hospital, normalmente ingresan pacientes mucho más mayores (un criterio de ingreso suele ser pacientes de >90 años) por lo que he podido ver un perfil muy diferente de pacientes, quizás con mayor autonomía y menor deterioro cognitivo. Se trata de un equipo multidisciplinar dónde se reúnen la enfermería y el equipo médico 2 veces a la semana ,para hablar de los pacientes, repasar incidencias y tomar decisiones. Disponen de 2 plantas, con 40 pacientes ingresados. Las habitaciones, como en otras áreas, se distribuyen en camas de 4 pacientes aproximadamente, pero tienen una zona especial que se encuentra cerrada, en la que ingresan los pacientes con alteraciones conductuales y delirium hiperactivo. En este caso, las habitaciones son individuales y se encuentran más cerca del control de enfermería, dónde tienen mayor vigilancia. Disponen de áreas comunes, dónde enfermería puede supervisarles mientras trabajan en el ordenador, además de material para dibujar, colorear etc. Dado que el manejo clínico de estos pacientes es más complejo, disponen de la ayuda de Psiquiatría, una vez a la semana, que se reúnen para discutir las opciones terapéuticas y el tratamiento antipsicótico. Considero que es una medida muy práctica tener un área aislada para este tipo de pacientes, pero creo que podrían utilizarse también otras medidas no farmacológicas y ayudarse de los familiares. El personal de enfermería es el mismo en ambas áreas y, en ocasiones, no tiene el tiempo necesario para poder atenderlos adecuadamente.

Respecto a los pacientes sin trastorno de conducta, también tienen una zona común, dónde comen, ven la TV o leen el periódico. Aunque tienen similares patologías a las que veo habitualmente en mi hospital (infecciones respiratorias, descompensación de insuficiencia cardiaca, infecciones del tracto urinario etc), me ha llamado la atención que muchos pacientes ingresados con ictus agudo, patología oncológica o incluso neuroquirúrgica, están en Geriatria, mientras que en mi hospital suelen estar ingresados en Neurología, Oncología médica o Neurocirugía, respectivamente. Esto puede ocurrir al no tratarse de un hospital terciario y no disponer de neurólogos de guardia y de otras especialidades. Durante esa semana,

también han ingresado pacientes con infecciones cutáneas, como erisipela. Al no contar con dermatólogos (aunque siempre se puede realizar una consulta telemática) es fundamental tener conocimientos básicos de esa especialidad, lo cual me hace reflexionar sobre los escasos conocimientos adquiridos durante mi residencia. Me ha llamado la atención que no realizan una valoración geriátrica integral aunque, por supuesto, si realizan anamnesis y preguntan sobre la funcionalidad y el estado nutricional, pero sin escalas y, quizás, de forma más descriptiva. Enfermería se encarga de medir y pesar a los pacientes nada más ingresar y, si tienen insuficiencia cardiaca, lo hacen de forma regular para ver su respuesta clínica al tratamiento, valorando la supresión del sondaje vesical. Me encantaría que se pesara a todos los pacientes en mi hospital, para disponer de ese dato y conocer mejor la situación nutricional, pero creo que no es necesario para evaluar la respuesta clínica del tratamiento de la insuficiencia cardiaca. Además, realizan a todos los pacientes un MMSE (*mini-mental state examination*) para valorar la cognición. Este test puede ayudar al conocimiento de su estado cognitivo, sin embargo, debería realizarse de forma ambulatoria cuando estén en su situación basal, para poder discernir si presentan deterioro cognitivo y seguir con el estudio diagnóstico. Me ha sorprendido que, nada más ingresar, se solicita una valoración por Rehabilitación, para que los pacientes realicen fisioterapia durante el ingreso y así evitar su deterioro funcional, además, proporcionan ayudas técnicas, si lo creen adecuado, tras valorar la marcha. Creo que podríamos incorporarlo en mi hospital, si tuviéramos personal suficiente y no solo hacerlo en los pacientes con un deterioro funcional ya establecido.

Psicogeriatría

Otra semana ha sido dedicada a conocer la psicogeriatría de Finlandia, tanto en hospitalización, como en consultas externas. En agudos, trabajan una psiquiatra y un residente de geriatría de 3^{er} año. Ingresan pacientes mayores de 65 años, con gran variedad de patologías, aunque frecuentemente con episodios depresivos mayores e intentos autolíticos, trastornos de ansiedad, esquizofrénicos y trastornos paranoides. Se trata de una planta muy similar en funcionamiento a las de España, en donde no se dispone de vías intravenosas y, aquellos pacientes con patología somática aguda, deben ser trasladados a Urgencias (al no disponer de otras plantas médicas de hospitalización en ese hospital). Proximamente, van a trasladarse a un nuevo hospital, donde funcionará un sistema híbrido, tendrán una zona donde esos pacientes puedan ser vistos de forma conjunta por un psiquiatra y una geriatra, para poder proporcionar el mejor manejo conjunto para sus patologías. Creo que es una idea excelente que no tengan que ser trasladados a otras áreas y puedan beneficiarse del trabajo en equipo, al tratarse de pacientes con una mayor complejidad. A menudo, pueden sufrir deterioro funcional, descompensación de patologías crónicas, interacciones farmacológicas u otras complicaciones. Me ha gustado que dispongan de una planta de Psiquiatría para adultos mayores, porque a menudo nos olvidamos de la importancia de las patologías psiquiátricas en ellos, especialmente la depresión. Aquí, ingresa cualquier paciente mayor que ha tenido un intento autolítico y, cuando se van de alta, tienen un seguimiento más estrecho, por el alto riesgo que existe en esta sector de la población de realizar un nuevo intento autolítico (a menudo con éxito). Respecto a las consultas externas, se trata de un equipo multidisciplinar formado por diferentes médicos (geriatras, psiquiatras e incluso una neuróloga),

neuropsicólogo, terapeutas ocupacionales, enfermería y trabajadores sociales. Entre las patologías más comunes que suelen seguir está la depresión y el trastorno de ansiedad aunque, en ocasiones, los pacientes son derivados por sintomatología afectiva, precisando realizar un diagnóstico diferencial con el deterioro cognitivo (es habitual que, para poder conocer si se trata de un trastorno de memoria, con sintomatología afectiva, precisen medicación antidepresiva y consultas sucesivas, posteriormente, si se confirma que se trata de un deterioro cognitivo, no precisan más seguimiento en estas consultas). También son derivados pacientes con demencia y trastorno de conducta, ante la dificultad del manejo clínico por sus médicos habituales. Además, se realizan reuniones semanales, dónde el equipo multidisciplinar habla sobre los pacientes complejos y se ayudan entre ellos a tomar decisiones. Una de las cosas que más me ha gustado es el seguimiento que tienen estos pacientes. Los médicos y el personal de enfermería trabajan de forma conjunta y eso permite tener un seguimiento más frecuente. Cuando se inicia la medicación, enfermería llama, a las 2 semanas, para ver la respuesta clínica y si ha tenido efectos adversos, posteriormente aumentan la dosis de la medicación y concertan otra cita telefónica. El médico volverá a ver al paciente a los 6 meses, pero este mantendrá periódicamente citas telefónicas con enfermería y así se podrá ver la evolución. Por otro lado, se trata de una consulta con muchísimos recursos, ya que se proporcionan 8 sesiones de terapia en grupo de forma gratuita.

Consultas externas de deterioro cognitivo

Durante dos semanas, he acudido a las consultas externas de deterioro cognitivo o «policlínica de memoria» como lo llaman aquí. En este país, a partir de los 75 años, los pacientes son derivados a Geriatria, para el estudio de su deterioro cognitivo mientras que, si son menores, siempre acuden a Neurología. Es una de las partes más importantes de la Geriatria y de las más desarrolladas. Para acudir a una valoración tienen que ser derivados los pacientes desde atención primaria u otro servicio médico, con una lista de espera de 3-6 meses. Para poder realizar una derivación tienen que contar, al menos, con una analítica con bioquímica básica, colesterol, TSH así como el test MMSE (*mini mental short examination*) y un breve resumen de la clínica del paciente. Son los propios geriatras los que se encargan de ver las derivaciones y de solicitar más pruebas complementarias (como, por ejemplo, RMN u otros test de memoria) para cuando tengan esa primera valoración. Además, disponen de dos listas de espera, una urgente, dónde deben ver los pacientes en menos de 2 meses (habitualmente pacientes con diagnóstico previo de demencia y con trastorno de conducta de difícil manejo) y otra normal. Una peculiaridad de estas consultas es que se dedican a realizar el diagnóstico, mientras que el seguimiento debe ser realizado por su médico de atención primaria, por lo que se realizan 1-2 consultas de diagnóstico y otra a los 6 meses, para ver su respuesta al tratamiento, siendo dados de alta posteriormente. Como en otras áreas de la Geriatria, se trata de un equipo multidisciplinar formado por geriatras, enfermería, fisioterapeutas y una psicóloga. He tenido el placer de poder ver como trabaja cada uno de estos profesionales con gran dedicación por sus pacientes. En la primera valoración, los pacientes acuden primero con enfermería, durante 45 minutos aproximadamente y, posteriormente, con el geriatra, durante 1 hora. Enfermería es la encargada de realizar la valoración geriátrica integral (utilizan el índice de Katz para las actividades básicas de la vida diaria, Lawton &

Brody para instrumentales y nutricionalmente calculan el IMC), de fragilidad (con la escala clínica de fragilidad previamente mencionada, dada su rapidez y reciente traducción al finés) así como con la medición de la fuerza de prensión palmar con el dinamómetro, y SPPB (*short physical performance battery*). Respecto a las pruebas de cognición, además del MMSE realizado por el médico de atención primaria, en Finlandia está establecido el uso del Cerad, a cargo de enfermería. Además, se pregunta, tanto al paciente, como a los familiares que le acompañan, sobre sus síntomas. Posteriormente, en la consulta con el geriatra se revisan las pruebas realizadas previamente, se realiza una exploración física completa, se revisa la RMN (siempre están informadas por neurorradiólogos con cortes sagitales para ver hipocampos dónde miden la atrofia mediante la escala scheltens), la analítica y, con la sintomatología del paciente, se realiza un primer diagnóstico. En esa consulta, se informa al paciente del diagnóstico, explicando el pronóstico, resolviendo sus dudas, iniciándose la medicación. En la mayoría de los casos, suele tratarse de la enfermedad de Alzheimer, deterioro cognitivo vascular o deterioro cognitivo mixto, sin llegar a ser demencia todavía. Además, si en las pruebas realizadas por enfermería, se ve un IMC bajo, se dan recomendaciones dietéticas; si el SPPB es <7 así como la fuerza de prensión disminuida son derivados a fisioterapia. Los pacientes que viven solos disponen del servicio de médicos de atención a domicilio: se trata de personal de enfermería que acude a los domicilios, según las necesidades de los pacientes (pudiendo acudir hasta 4 veces al día, incluido los fines de semana) para dar medicación, asistirles en transferencias etc. Aunque puede ser similar a los servicios de un ayuntamiento, una de las diferencias más importantes es que son enfermeros y se dedican al cuidado del paciente, siendo fundamental la medicación, en ningún caso realizando tareas domésticas. Aquellos que viven acompañados disponen de seguimiento desde las consultas de geriatría con enfermería, a través de un sistema que han llamado «coordinación de memoria». Enfermería hace consultas telefónicas o visitas a domicilio, para ver su evolución clínica, si toman la medicación adecuadamente, resuelven las dudas que puedan surgir, dan recomendaciones e incluso informan sobre los servicios disponibles (centros de día, ayudas económicas a través de un sistema de seguridad social finlandés llamado Kela). Si es necesario, una vez a la semana, los coordinadores de memoria consultan con el geriatra casos especiales, si requiere cambio de medicación, por ejemplo. He podido acudir a alguna visita en el domicilio y ha sido de lo que más me ha gustado de mi rotación. Disponen de 2h por domicilio, dónde se realiza un MMSE de control, una valoración geriátrica integral, se controla el peso, la tensión arterial etc., centrándose en escuchar a los pacientes y en resolver sus dudas. Puedes ver cómo viven los pacientes y notar aspectos que por consultas telefónicas es imposible, cómo por ejemplo, cómo está de descuidado el paciente y el domicilio, ver como se movilizan etc.

En la policlínica dónde estuve, disponen de una psicóloga, que atiende tanto a los pacientes como a los familiares. No todos los pacientes precisan de su valoración, pero aquellos preocupados por el diagnóstico, familiares que no saben como actuar o cuidadores principales, suelen requerirlo. Disponen además de terapia en grupo y seguimiento presencial o telefónico, todo totalmente gratuito. Desafortunadamente, hay muy pocas policlínicas que dispongan de psicólogos formados en el deterioro cognitivo, por lo que no es habitual tener este recurso.

Otras de las valoraciones más importantes que realiza el médico es sobre las facultades para conducir, realizándose diferentes pruebas, como el *trail making test* (se trata de un test neuropsicológico que evalúa la atención visual y la agilidad) para determinar si pueden seguir manteniendo su permiso de conducir. En Finlandia, los médicos tienen el deber de notificar a la policía aquellos pacientes con demencia que no son aptos para conducir. En España, los médicos solo podemos recomendar no conducir al paciente, pero legalmente no podemos retirar el permiso por la Ley de protección de datos. Solo cuando vayan a renovarse el carnet y no pasen el test psicotécnico será retirado el permiso, pero no en nuestras consultas de Geriátrica. Esto supone, en mi opinión, un gran problema y un peligro para la población en general.

Además de todo lo mencionado, he podido ver cómo trabajan los fisioterapeutas con estos pacientes. Tienen una primera consulta presencial dónde, no solo valoran el balance muscular y la movilidad sino que, además, valoran el dolor articular, dando indicaciones y ayudas técnicas, si se precisan. Posteriormente, realizan las sesiones online mediante videollamada (con una *tablet* y una aplicación, dónde no es necesario darle a ningún botón para empezar la videollamada, lo cual facilita mucho todo el proceso).

Creo que es imprescindible no olvidarnos de lo que conlleva el diagnóstico del deterioro cognitivo y el pronóstico de la enfermedad. Por eso es fundamental como geriatra intentar mantener el mejor estado físico, nutricional y psicológico de nuestros pacientes para abordar esta patología y no solo centrarnos en el diagnóstico de la enfermedad. Considero que deberíamos tener en España este tipo de clínicas, dónde poder realizar un abordaje multidisciplinar tan bien ejecutado como en Finlandia. En mi corta experiencia como médico, detectamos el deterioro cognitivo cuando es más avanzado y, en muchas ocasiones, cuando ha llegado ya a ser demencia. Quizás deberíamos intentar promover la visita a nuestras consultas en cuanto hay cualquier fallo mnésico, reducir como sea la lista de espera y contar con más profesionales involucrados en el cuidado de nuestros pacientes.

Unidad de médicos de atención a domicilio

Durante otra semana, he conocido la unidad de médicos de atención a domicilio, que he mencionado previamente. Es un servicio formado por médicos de familia y geriatras mayoritariamente, así como por enfermería. Los pacientes tienen una media de edad de 82 años y se trata de personas con múltiples enfermedades (deterioro cognitivo, enfermedades cardíacas, diabetes mellitus, eventos isquémicos o hemorrágicos cerebrales, etc) y fragilidad, con dificultad para hacer frente a su vida cotidiana. Además, su estado de salud es reiteradamente inestable y, por su enfermedad o deterioro funcional establecido, no pueden atender a sus necesidades en su centro de salud. De esta forma, los médicos de atención primaria no tienen que ir nunca a los domicilios y pasan a cargo de este equipo multidisciplinar, lo que supone para atención primaria menor carga asistencial, menores listas de espera, mayor tiempo en las consultas y, en resumen, mejor atención médica para todos los pacientes. Una parte importante de este servicio es que está muy involucrada enfermería, ya que acuden a diario a ver a los pacientes. Se encargan de administrar medicación (por ejemplo, a pacientes que viven solos, para que no se les olvide alguna dosis, dificultad de técnica de administración como la insulina etc), de asistirles en desplazamientos, en el aseo, en vestirse etc. Dependiendo de la situación del paciente y de sus necesidades,

puede acudir enfermería hasta 4 veces al día. Los médicos realizan visitas programadas cada 6 meses, si están estables y no necesitan más atención, pudiendo enfermería notificar a sus médicos de cualquier duda o patología. Normalmente, el médico visita 3 domicilios al día, dónde realiza en la primera visita una valoración geriátrica integral, una exploración física completa y una anamnesis, detectando los problemas que pueda tener el paciente. Creo que es el mejor sitio para poder valorar a un paciente, conociendo su domicilio puedes obtener mucha información sobre sus limitaciones, como viven y qué podemos hacer para ayudarlos. Uno de los domicilios a los que acudí lo habitaba una pareja de 80 años. Se había incluido al marido en esta unidad por su dificultad para su movilidad y por su deterioro cognitivo, secundario a la enfermedad de Parkinson, siendo la mujer la principal cuidadora. Al entrar en el domicilio se podía ver el desorden, la cantidad de periódicos acumulados, platos sucios etc. La mujer, aunque no era la paciente principal, también quiso ser valorada por pérdida de peso y, al preguntar sobre las ingestas, pudimos ver la cocina y su nevera, dónde solo había cremas de verduras preparadas, obtenidas directamente del supermercado, yogures caduados y productos en mal estado. Ella no salía del domicilio y la compra la realizaba una amiga, pero no cocinaba casi nada por su marcada astenia, realizaba solo 2 ingestas al día por pérdida de apetito y presentaba una diarrea intermitente. Ante sus antecedentes de cáncer de colon y lo mencionado previamente, se realizaron pruebas complementarias, detectándose una recaída de su cáncer de colon. Probablemente, si no hubieramos acudido a ese domicilio, se habría detectado todo mucho más tarde, no solo la dificultad que tenían ambos pacientes para los cuidados en su domicilio sino la patología oncológica de la mujer. Creo que es un servicio con muchísimo potencial y que podría aplicarse en nuestro sistema de salud. Mejora la calidad de vida de este tipo de pacientes, tiene excelente calidad asistencial y disminuye el número de ingresos hospitalarios, lo que supone además un menor coste. Sin embargo, considero que no sería imprescindible tener enfermería para los cuidados, pudiendo realizarlo otros profesionales y disponer de enfermería en otras áreas.

Consultas externas de Oncogeriatría

Respecto a oncogeriatría, no he podido acudir a sus consultas por cambios estructurales del hospital, como he mencionado más arriba, pero me han contado su funcionamiento. Los pacientes con diagnóstico histiológico de cáncer, candidatos a recibir quimioterapia, son derivados desde Oncología a las consultas de Geriatría si cumplen el criterio de una puntuación <14 puntos en el test G8. En esa primera visita, que debe llevarse a cabo en un plazo máximo de 7 días, se realiza una valoración geriátrica integral (funcional con Katz, instrumentales con Lawton&Brody, nutricional con MNA sf y cognición con MMSE), valoración de la fragilidad con la escala clínica de fragilidad y SPPB, síndromes geriátricos y comorbilidades. Tras esa primera valoración, se dan recomendaciones nutricionales, de síndromes geriátricos, así como de tratamiento quimioterápico (sugiriendo en muchas ocasiones que sea adaptado) y se indica si precisan rehabilitación. No tienen seguimiento posterior por Geriatría todavía, por tener una carga asistencial muy alta, que supondría un retraso en la valoración inicial.

Hospitalización a domicilio

En mi última semana en Finlandia, he seguido el trabajo de los geriatras que se dedican al servicio de hospitalización a domicilio. Aunque en España existe en muchas ciudades y hospitales, tiene una diferencia peculiar y es que no disponen de un equipo de cuidados paliativos a domicilio, por lo que es esta unidad la que se encarga de ello. Se trata de médicos geriatras que no precisan tener un máster de cuidados paliativos para poder ejercer en este particular servicio. Además del cuidado de los pacientes que se encuentran con enfermedades terminales, también tratan pacientes con patologías agudas, siendo una alternativa asistencial al ingreso hospitalario. Esta unidad es capaz de realizar, en el domicilio, procedimientos diagnósticos y terapéuticos (incluso con administración de tratamiento endovenoso), pudiendo proporcionar cuidados similares a los proporcionados en los hospitales. En muchas ocasiones, se puede evitar directamente el ingreso y en otras acortarlo. Entre las ventajas, podemos encontrar un seguimiento más cercano del cuidado y evolución del paciente, se evitan desplazamientos y las complicaciones derivadas de un ingreso (infecciones nosocomiales, delirium, etc), además de suponer menor gasto sanitario y una disminución de la carga asistencial en los hospitales. Sin embargo, es importante que estos pacientes dispongan de buen apoyo familiar y que estén estables clínicamente o que no se prevea mala evolución de la enfermedad o sufrir alguna complicación. Me ha gustado ver que, no solo se tratan las enfermedades habituales (descompensación de su insuficiencia cardiaca, infecciones respiratorias, urinarias...), sino que también se realizan curas de heridas complejas (úlceras, heridas infectadas, etc) así como tratamiento y cuidados postquirúrgicos (curas de herida quirúrgica, ostomías, drenaje). Me parece una gran alternativa a la hospitalización que es eficaz y eficiente, mejorando la calidad asistencial y el bienestar de los pacientes.

Reflexiones

En cada nivel asistencial se ha realizado valoración de la fragilidad con la escala clínica de fragilidad. En mi hospital no se realiza de forma sistemática y, aunque existen muchísimas escalas validadas, y no hay ningún *gold standard*, creo que deberíamos incorporarlo en nuestra práctica clínica habitual. Se trata de una escala rápida, fácil de entender, que da mucha información sobre el paciente y de gran utilidad para una adecuada toma de decisiones. En el Hospital Universitario de Helsinki, está incluida de forma sistemática y, en especial, los cirujanos se encuentran familiarizados con esta escala, sabiendo interpretar los resultados, de forma que les sirve para decidir un manejo quirúrgico o conservador.

Una de las cosas que más me han llamado la atención es lo poco involucrada que está la familia en los cuidados del paciente y el mal uso de los recursos sanitarios en consecuencia. La mayoría de los pacientes son trasladados a unidades de recuperación funcional o de media estancia, por la dificultad de cuidados en domicilio (a pesar de tener familia la mayoría, no se responsabilizan de ayudar en el domicilio). Esto supone unas listas de espera muy largas (permanecen en ocasiones en el hospital durante 2 semanas, a pesar de haberse resuelto el cuadro agudo), mayor coste económico y complicaciones intrahospitalarias. Me hace darme cuenta de lo afortunados que somos en España y de la cultura tan diferente que tenemos. En Finlandia disponen de un horario de visitas muy restringido, no se informa a los familiares a diario y tampoco disponen de sillas cuando visitan a

los pacientes, dificultando mucho la relación entre los profesionales de la salud y los familiares.

Conclusiones

En resumen, poder conocer como funciona mi especialidad en otro país ha sido una experiencia muy gratificante. Se trata de una rotación complementaria para mi formación como geriatra, que me ha permitido ver cómo es otro sistema de salud. Ha sido una oportunidad para aprender de otros profesionales y de crecimiento, tanto personal como profesional. Todo el personal que me he encontrado ha sido muy acogedor y ha hecho el esfuerzo de hablarme en inglés, intentando la traducción simultánea cuando valorábamos pacientes. A pesar de la limitación del lenguaje para comunicarme con los pacientes, ha sido un privilegio haber podido conocer la Geriatria en Helsinki. A destacar la importancia de la valoración de fragilidad en cada nivel asistencial y de la rehabilitación, para evitar el deterioro funcional agudo durante los ingresos. Además, he conocido la excelente organización y planificación en las consultas externas de deterioro cognitivo; la unidad de médicos de atención a domicilio que no se encuentra presente en España y que mejora tanto el cuidado de los pacientes complejos y la unidad de Psicogeriatría que, si próximamente, funciona como un sistema híbrido, va a cambiar el futuro del cuidado de los adultos mayores y las patologías psiquiátricas.

Fdo. Dña Celia Corral Tuesta

Residente de 4º año de Geriatria en el Hospital Ramón y Cajal