

**Resumen Encuentro Retos de la Ruta Asistencial del Paciente Mayor y Frágil
16 de diciembre de 2020**

LA RUTA ASISTENCIAL DEL PACIENTE MAYOR Y FRÁGIL QUE AÚNE LA PERSPECTIVA DE EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES Y DEL PACIENTE Y CON VISIÓN INTEGRAL APORTA CALIDAD Y EFICIENCIA AL SISTEMA

La atención a los mayores frágiles supone grandes retos, puestos aún más en evidencia en la crisis sanitaria ocasionada por la Covid-19. En el ámbito de la Gestión Sanitaria, algunos de ellos son el desarrollo, evaluación y acreditación de rutas asistenciales, la coordinación e integración de los servicios sociosanitarios y, en definitiva, la atención integral y global a los pacientes frágiles, en los que se unen la complejidad de la edad y de la cronicidad.

Desde el punto de vista de la Calidad Asistencial, una ruta asistencial sirve para definir adecuadamente los pasos de un proceso asistencial, identificar los puntos críticos y elaborar los criterios que deben servir para asegurar el óptimo nivel de calidad, tanto en su implementación como en los resultados a obtener.

Las FLS o Unidades de Coordinación de Fracturas son un modelo multidisciplinar de atención al paciente que ha presentado una fractura osteoporótica y que han demostrado reducir el riesgo de refractura y mortalidad.

En España, existen 8,4 millones de personas mayores de 64 años y en 2050 serán el 37% de la población. La esperanza de vida es de 80,9 años en hombres y de 86,2 en mujeres y, asimismo, a los 80 años de edad, la expectativa de vida es de 10 años, pero se estima que, en general, la población española vive entre 12 y 20 años con mala salud. En este grupo de personas, el porcentaje de fragilidad es muy relevante, de forma que el 7-12% de los mayores de 65 años y el 25% de los de más de 84 años que viven en la comunidad tienen fragilidad, porcentaje que puede llegar al 70% cuando se trata de pacientes mayores hospitalizados. *“La fragilidad es predictor de discapacidad, hospitalización, caídas, pérdida de movilidad y enfermedad cardiovascular”*, explica Pilar Sáez, del Servicio de Geriátrica del Hospital Universitario Fundación Alcorcón y coordinadora del Registro Nacional de Fracturas de Cadera (RNFC). *“Conlleva un mayor consumo de recursos, peor resultados clínicos, más visitas a urgencias, estancias prolongadas y mayor mortalidad”*.

Desde el punto de vista de la Gestión Sanitaria y, para el Sistema Sanitario, la atención a los mayores frágiles supone grandes retos. Entre ellos, José Soto, presidente de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), destaca *“el desarrollo, evaluación y acreditación de rutas asistenciales, la coordinación e integración de los servicios sociosanitarios y, en definitiva, la atención integral y global a los pacientes frágiles, en los que se unen la complejidad de la edad y de la cronicidad. Estos retos se han puesto en evidencia, aún más, a consecuencia de la Covid-19”*. Con el objetivo de determinar los retos más importantes de la atención de estos pacientes, se ha celebrado

el Encuentro Digital *Retos de la Ruta Asistencial del Paciente Mayor y Frágil*, organizado por la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), con la colaboración de la biotecnológica Amgen y en el marco del Proyecto Colaborativo SEDISA para la Investigación sobre la Gestión del Covid-19 (INGESCOV). Durante el Encuentro, además, se han presentado experiencias de trabajo colaborativo de mejora de la ruta asistencial, se ha analizado la perspectiva de los servicios sociosanitarios y la atención a estos pacientes desde el punto de vista de la calidad asistencial.

La ruta asistencial es el conjunto de pasos que realiza un paciente dentro del Sistema Sanitario en el que le toca moverse para tratarse un problema de salud. En palabras de Manel Santiñá, Past President de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA), *“para su elaboración, se debe tener en cuenta el punto de vista del paciente y cuidador, su expectativa, la perspectiva de los diferentes profesionales con los que ese paciente interactuará, lo que deberían hacer esos pacientes y los profesionales y la visión integral de la atención, teniendo en cuenta todos los ámbitos y niveles asistenciales por los que pasará el paciente”*.

Respecto a la fragilidad, es una situación de baja reserva fisiológica que ocasiona una importante vulnerabilidad, lo que, en palabras de Pilar Sáez, *“conlleva una peor evolución, morbilidad y mortalidad en los pacientes. Se trata de una condición que es fundamental evaluar, ya que es reversible”*. Desde la Geriátrica, se atiende a estos pacientes en los niveles asistenciales clásicos (Unidad Geriátrica de Agudos, Unidad de Recuperación Funcional, Hospital de Día, Atención Geriátrica domiciliaria, consulta externa), adaptándose a la gravedad de la enfermedad, objetivo terapéutico, situación basal del paciente y sus circunstancias sociales. Pero los pacientes frágiles y geriátricos son atendidos por otros profesionales. La colaboración del geriatra con otras especialidades para valorar la fragilidad, atención conjunta y ayuda en la toma de decisiones se conoce como Geriátrica Transversal. En este contexto destacan las siguientes disciplinas que cada vez muestran mayor beneficio al paciente frágil: Ortogeriatría, Oncogeriatría, Hematogeriatría, Cardiogeriatría, Fármaco-Geriátrica, Nefrogeriatría, colaboración de geriatría con Cirugía, Urgencias y residencias. En este marco, y muy relacionado con la Ortogeriatría, las FLS o Unidades de Coordinación de Fracturas son un modelo multidisciplinar de atención al paciente que ha presentado una fractura osteoporótica. *“En ellas trabaja un equipo multidisciplinar de profesionales que valora el riesgo de que el paciente pueda sufrir una segunda fractura para decidir el tratamiento más adecuado para evitarla. Se trata de unidades asistenciales que han demostrado reducir el riesgo de refractura y mortalidad”*, hace hincapié Pilar Sáez.

Otra experiencia en este sentido es el Registro Nacional de Fracturas de Cadera (RNFC rnf.es), una base de datos sobre asistencia sanitaria que tiene el objetivo de mejorar la atención al paciente con fragilidad que ha sufrido una fractura de cadera, *“mediante el conocimiento de la situación, el planteamiento de estándares y objetivos, la metodología de benchmarking y la mejora continua de la calidad asistencial a través de esta auditoría”*, explica Pilar Sáez, coordinadora de esta iniciativa que lleva en marcha tres años, en la que participan ya 80 hospitales y más de 360 profesionales de forma altruista y voluntaria *“y que ha demostrado que mejora resultados en la estancia media hospitalaria, en la demora quirúrgica, en la movilización precoz del paciente, con reducción de las úlceras por presión, mayor recuperación de deambulación y en el mejor abordaje de prevención de*

fracturas mediante tratamiento osteoprotector”.

Pero la atención a los pacientes mayores y frágiles debe, irremediablemente, de establecer la integración de los servicios asistenciales y sociosanitarios. Según Carlos Peña, coordinador del Ámbito Sociosanitario de la Gerencia Integrada de Ciudad Real del Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM), *“la atención sanitaria a los pacientes mayores es muy complicada, teniendo en cuenta que tenemos escenarios muy diversos en base a cómo entienden esta atención los Servicios Regionales de Salud, cómo están gestionadas las áreas de salud y si tienen integrado el espacio sociosanitario, la gobernanza de cada centro, etcétera”*. Respecto a la situación creada por la pandemia, Carlos Peña explica que *“en la Covid-19 nos encontramos con que teníamos una estructura de trabajo similar a los años 80 pero, sin embargo, con personas mucho más mayores en residencias de ancianos y un incremento importantísimo de la demanda asistencial”*.

Aportación de la Calidad Asistencial a las Rutas Asistenciales

Desde la Calidad Asistencial, existen importantes ítems que se deben aportar a las Rutas Asistenciales, como identificar los pasos clave, es decir, aquello que de no hacerse condiciona el resto de pasos; identificar los responsables de cada paso, especialmente de los clave; definir resultados que se quieren obtener; describir los criterios que van a definir la calidad del procesos asistenciales; describir los indicadores que van a servir para evaluar que cada paso se está haciendo conforme a lo previsto, y definir los estándares de calidad que se tienen que alcanzar en cada paso. *“Para su elaboración, se debe actuar de palanca de cambio para ayudar a realizar una transformación cultural y asistencial de todo el sistema asistencial de atención al paciente mayor y frágil”*, afirma Manel Santiñá. *“Debe estar orientada al desarrollo de la atención integrada, centrada en el paciente mayor y frágil, para conseguir los mejores resultados clínicos y de calidad de vida para estos pacientes”*.

Asimismo, el Past President de la SECA hace hincapié en que deben colaborar representantes de las diferentes especialidades de las ciencias de la salud que participan en el proceso asistencial: *“El pacto entre profesionales es uno de sus mayores activos, buscando el consenso, basado en las mejores prácticas y en el conocimiento actual de la materia y propiciando el desarrollo de prácticas colaborativas adaptadas a la realidad de cada territorio”*.

En definitiva, desde el punto de vista de la Calidad Asistencial, una ruta asistencial sirve para definir adecuadamente los pasos de un proceso asistencial, identificar los puntos críticos y elaborar los criterios que deben servir para asegurar el óptimo nivel de calidad, tanto en su implementación como en los resultados a obtener. *“En base a esos criterios de calidad, se elabora el conjunto de estándares que deben de trabajarse para obtener el nivel de calidad deseado -explica-. Para ello y siguiendo el habitual ciclo de mejora continua, se deberá posibilitar la evaluación de esos estándares, mediante la medición del conjunto de indicadores que han de servir para mantener una adecuada monitorización de cómo se está desarrollando la actividad asistencial en la ruta definida”*.