

5ª MESA REDONDA

EXPERIENCIAS EN EL MEDIO RESIDENCIAL

el papel del médico especialista en residencias: la experiencia holandesa

J. Frank Hoek, Miel W. Ribe. Cees MPMHertogh and cees PM van der Vleuten

RESUMEN

Las residencias holandesas emplean médicos que deben superar un periodo de 2 años de formación para conseguir la calificación como médico de residencias. Este documento describe el origen de la profesión de médico de residencias en el contexto de las residencias holandesas.

Método

Revisión de la historia y desarrollo de la necesidad de médicos especialistas en el cuidado de residentes en las residencias holandesas. Examen de las competencias requeridas y la formación disponible para médicos, y los beneficios de ello en el incremento de la calidad de los cuidados.

Resultado

Discusión sobre el papel y las competencias del médico especialista en residencias. Explicación de los métodos de trabajo y la provisión de cuidados, así como de las ventajas y desventajas de esta forma de organización del cuidado médico.

Conclusiones

Los beneficios de un médico especialista se consideran superiores a las desventajas. Una formación especializada en esta disciplina es considerada altamente deseable.

Palabras clave: Holanda, médico especialista, residencias.

INTRODUCCIÓN

Holanda es el único país del mundo en el cual la disciplina de mediana de residencias existe como especialidad médica independiente con su propio y específico programa de formación. Los médicos de residencias son empleados por las residencias principalmente para el cuidado médico de los pacientes y ocasionalmente como directores médicos. Sin embargo, en los años recientes, los médicos de residencias han sido progresivamente involucrados en el cuidado médico fuera de las residencias debido a la intensificación de la colaboración entre las *residencias* y, particularmente, los centros de *larga estancia*, pero también con los hospitales (como médicos consultores o asistenciales). Algunos médicos son también consultores de los médicos generales. Para facilitar una mejor comprensión del papel de la medicina de residencias se presentarán en primer lugar algunas de sus características. En segundo lugar se discutirán el papel, las tareas, los métodos de trabajo y la provisión de cuidados, así como las ventajas y desventajas de emplear médicos especialmente entrenados en residencias.

El objetivo de este documento es describir las consideraciones y experiencias relativas al médico especialista en las residencias holandesas, y contribuir a un debate general sobre la calidad del cuidado médico en las residencias.

¿Por qué un médico especialmente entrenado en residencias?

En Holanda (con una población de 15.6 millones y un 13.4% de ándanos), el campo de la mediana geriátrica está cubierta por disciplinas complementarias de la mediana clínica geriátrica (un total de 80 geriatras y 120 residentes) y la mediana de residencias (más de 1.000 médicos de residencias cualificados y 150 residentes). Los geriatras clínicos (cualificados después de un programa de formación de 5 años en hospitales) trabajan principalmente en hospitales, la mayoría también tienen *clínicas de pacientes externos*. El campo de los médicos de residencias es el cuidado físico y psicogeriátrico

en residencias y centros de día, y la asistencia a los servidos de salud fuera de las residencias similar a la mencionada anteriormente.

Hasta 1960, la provisión de cuidados médicos en las residencias se basaba principalmente en la consulta con el médico general. Con el incremento en la complejidad de los problemas de salud de los pacientes residenciales, la creciente demanda de cuidados médicos y la tendencia a proveer pacientes con tratamientos y soporte médico específico, muchas residencias comenzaron a contratar sus propios médicos. Además, la introducción en 1968 de casi el reembolso total para las admisiones en residencias vía un seguro colectivo, fue también un fuerte incentivo para su desarrollo. Además, se evidenció que los primeros médicos carecían de los adecuados conocimientos y competencia para manejar las necesidades de cuidados médicos de los pacientes de las residencias. Esto incrementó la convicción de que existía la necesidad de médicos especialmente formados. Por una parte, esos médicos debería ser generalistas, rápidamente disponibles y fácilmente dispuestos para cualquier tipo de problema médico, pero de otra, deberían ser especialistas en el campo de las enfermedades de la (paico)geriatria, y el actuar como coordinador de un equipo multidisciplinar. Quedó claro que los médicos generalistas estaban insuficientemente entrenados para este trabajo y la experiencia hospitalaria de los geriatras no era necesaria. Después de más de 20 años de discusión, la Real Asociación Médica Holandesa introdujo una nueva especialidad médica con su propio y específico programa de formación de 2 años de duración en mediana de residencias. El argumento fundamental para esta decisión fue mejorar la calidad del cuidado médico en las residencias. Pasado el tiempo, hay tres cátedras en medicina de residencias.

Residencias holandesas

Las residencias juegan un importante papel en los sistemas de salud occidentales, aparte de que la cantidad y la calidad puede variar considerablemente entre y dentro de los países. (OECD CALT Data, 1996; Iribe et al.).

Actualmente, existen 333 residencias en Holanda con un total de 57.500 camas (27 camas por cada 1.000 mayores de 65 años) y 4.500 plazas en centros de día. De las camas, 27.000

son para pacientes con discapacidad física, y más de la mitad (30.500) para pacientes psicogeriatricos (las admisiones totales son de 42.500 por año). El equipo incluye médicos de residencias (en general uno a jornada completa por cada 100 pacientes), fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logoterapeutas y psicólogos (todos ellos, 6 por cada 10 pacientes), todos ellos empleados por las residencias. Las residencias holandesas tienen una media de 200 camas con zonas separadas para rehabilitación, cuidados físicos prolongados y cuidados psicogeriatricos. Un creciente número tiene unidades de cuidados paliativos. Muchas residencias facilitan intervención en crisis y como ayuda a petición de los médicos generales. La población consiste principalmente en personas mayores (media de edad de 81,5 años), pero pacientes más jóvenes son también admitidos. De todos los ingresos, un 51% proceden de hospitales y el 45% de la comunidad (33% de domicilios y 12% de casas residenciales). Sin embargo, si nos fijamos en pacientes con discapacidades físicas, el 66% proceden de hospitales y 32% de domicilios, a diferencia de los pacientes psicogeriatricos, de los cuales la mayoría (75%) proceden de la comunidad y solo un 19% de hospitales. Por ello, las residencias son importantes para cuidados post-hospitalarios tanto como para la continuación de soporte y cuidado iniciado en la comunidad. Descargar a la comunidad (principalmente después de la rehabilitación de pacientes con discapacidades físicas) es el objetivo en el 36% de todos los pacientes, lo cual es relativamente elevado en comparación con los estándares internacionales, la mayoría en relación con el sistema de cuidados médicos y paramédicos disponibles en las residencias holandesas. Cerca de la mitad de los pacientes (55%) finalmente mueren en las residencias. Las principales razones para la admisión, ilustrando la diversidad de objetivos de cuidados en las residencias. La mayoría de los pacientes psicogeriatricos (83%) necesitan cuidados de larga duración, mientras que la mitad de los pacientes con problemas físicos (51%) son admitidos para rehabilitación después de la estancia hospitalaria. La morbilidad de los pacientes en el ingreso se caracteriza por problemas crónicos como demencia (89% de pacientes psicogeriatricos), ACVA (una tercera parte de todos los problemas físicos tiene ACVA como diagnóstico principal o secundario) y trastornos neurológicos o locomotores (12% de problemas físicos) y por problemas ortopé-

dicos (25% de ingresos son fracturas operadas de cadera u otras fracturas). Solo un 9% tiene una enfermedad maligna como diagnóstico principal.

Además, la mayoría de los pacientes tienen varias condiciones comórbidas como incontinencia, trastornos sensoriales, problemas de movilidad y déficit cognitivo, todo ello unido a su diagnóstico principal resulta en elevados niveles de dependencia para las ABVD, dificultades de comunicación y algunos severos trastornos de conducta. Con el paso del tiempo, para muchos existe una pérdida funcional añadida, particularmente en los mayores de 90 años. Con frecuencia, todos esos problemas de salud pueden complicarse con infecciones, delirio, dolor, caídas, etc. y, por ejemplo, exacerbaciones de enfermedades ya existentes. Es evidente de que las variadas necesidades de cuidados de esos pacientes solo pueden ser manejadas por un equipo multidisciplinar con un adecuado personal médico y paramédico, y profesionales psicosociales. En ese equipo, se reconoce que el médico no solo necesita especial habilidad para el diagnóstico, tratamiento y control de las enfermedades y las discapacidades funcionales antes mencionadas, sino también para organizar el cuidado y la apropiada comunicación con todos los pacientes y sus familias y, por supuesto, con todos los miembros del equipo.

Funciones y competencias de los médicos de residencias

Las características anteriormente descritas de los pacientes residenciales, las dimensiones del equipo multidisciplinar y la propia residencia como organización, y para muchos pacientes también como entorno vital, requiere especiales habilidades y competencias de los médicos que trabajan en residencias.

La competencia básica del médico de residencia es la habilidad para combinar específicamente mediana general y la experiencia geriátrica con los campos del diagnóstico, pronóstico y manejo de cuidados, relevantes para los pacientes de residencias. Para conseguir esto, un método integral de manejo e intervención orientado a los problemas es aplicado a la enfermedad, sus consecuencias y el sistema de cuidados. El manejo, analizando qué problemas de salud deben ser vistos y en qué extensión (p.e., formulando ajustes individuales de cuidados para cada problema de salud) y elaborando un plan de

cuidados coherente de acuerdo con el paciente (y, si es necesario, con la familia) y otros miembros relevantes del equipo, son aspectos esenciales para establecer un proceso cíclico de cuidados que precisa de evaluación y ajuste continuo. El RAÍ es un útil instrumento específicamente desarrollado para este proceso de cuidado. Por tanto, un método específico de cuidado médico y asegurar la continuidad del cuidado son importantes competencias del médico de residencias. La consulta y la comunicación son necesarias para una apropiada toma de decisiones, teniendo en cuenta los deseos de los pacientes, el estado pasado y actual del curso clínico, el pronóstico y los efectos esperados (positivos y negativos) de las intervenciones y de los procedimientos diagnósticos. En el proceso de toma de decisiones los médicos afrontarán frecuentemente problemas éticos, no solo relacionados con las decisiones del final de la vida, sino también en aspectos como el sobre o infratratamiento y limitando tratamientos usualmente beneficiosos. Además, la capacidad para identificar las preferencias personales de los pacientes y los niveles preferidos de autonomía son también un prerrequisito para mejorar la calidad del cuidado y la calidad de vida. Toda esa necesidad de funciones y competencias; y el específico establecimiento de cuidados de la residencia forman la base teórica y práctica del programa de formación de la especialidad de médicos de residencias.

Formación del médico especialista en residencias

El programa de entrenamiento (vocacional) para médicos de residencias comenzó en 1989 en Holanda. Actualmente, unos 85 nuevos médicos (que acaban de pasar 6 años en la escuela médica) entran en este programa cada año. El programa de formación dura 2 años y consiste en formación práctica 4 días a la semana en residencia con formación bajo la supervisión de un colega cualificado y un día a la semana de teoría en la universidad. El cuidado de pacientes con discapacidades físicas, psicogerítricos y del centro de día es una condición para la parte práctica del programa de formación. Las residencias acreditadas para formación son seleccionadas por la Real Asociación Médica Holandesa. Los costes de la formación son pagados a la residencia por un impuesto suplementario. La formación teórica está incluida el Departamento Universitario de Mediana de Residencias. Grupos de

12 residentes son elegidos y formados por un médico de residencias experimentado y un especialista en conducta, habitualmente un psicólogo. El currículo teórico y el programa escrito está estructurado en 5 aspectos básicos: cuidados del paciente, metodología del cuidado, comunicación y actitud, manejo, investigación y mejoras. A intervalos regulares, el médico de residencias en formación es evaluado en su progreso en la formación y la calidad de su cuidado médico. Para este propósito, un nuevo instrumento fue desarrollado y validado.

Beneficios y desventajas de un médico especialista en residencias

Una desventaja es que cuando un paciente ingresa pierde el contacto con su médico general que es quien conoce al paciente y a su familia desde hace tiempo. Otras veces, el exceso de atención sobre el cuidado médico puede distraer el interés sobre el entorno y la forma de vida y la necesidad de tener un tipo de vida propio debido al exceso de medicalización. Por ello, este aspecto es frecuentemente indicado durante el entrenamiento teórico del médico de residencias. Emplear médicos de residencias indudablemente implica costos mayores. Sin embargo, los episodios de hospitalización de residentes son menos costosos en Holanda que, por ejemplo, en USA. Esto podría deberse a la presencia de los médicos de

residencias. Enfermedades como la neumonía y otras infecciones, fallo cardíaco, deshidratación, mal control de diabetes, etc. que necesitarían hospitalización en otros países, pueden ser tratadas por los médicos de residencias en los domicilios.

La presencia continua de un médico propio facilita una mejor calidad de la relación médico-paciente, que puede crecer con el tiempo y resultar en un mejor conocimiento de la situación y preferencias del paciente. También, los miembros del equipo deben tratar con un único médico y pueden contar con una continuidad de comunicación y cuidados. En este contexto, la consulta regular y la discusión contribuyen a mejorar la toma de decisiones y el plan de cuidados; y más a menudo, también en la mejora del plan de cuidados. La visita frecuente a los pacientes permite a los médicos de residencias controlar la evolución de enfermedades y problemas de salud con más seguridad incrementando lo apropiado de una detección precoz de deterioros lentos y a veces ocultos.

También, la consulta de colegas (casi todas las residencias tienen más de un médico) para una segunda opinión y consejo es mucho más sencillo, y las políticas de medicación, tratamientos de UPP, prevención e infecciones, caídas etc pueden ser formuladas por el equipo médico y adaptadas a la situación del centro.