

Observatorio de Modelos Integrados en Salud

Buenas prácticas en coordinación socio-sanitaria

Control Nutricional para la Prevención de la Fragilidad

Desde la Residencia Lago de Arcos (Cádiz) se está implementando un programa de Prevención de la Fragilidad por Causas Nutricionales teniendo en cuenta los factores psicológicos, sociales y de salud del residente. Para ello se ha creado un equipo multidisciplinar formado por profesionales de la psicología del trabajo social y de la medicina, que trabajando en coordinación con Atención Primaria y Especializada consiguen ofrecer al residente un servicio de atención integrada.

Tema: Personas Mayores.

Categorías: Modelos, planes y programas.

Organización: Grupo Aura Andalucía.

Lugar: Arcos de la Frontera, Cádiz, Andalucía (España).

Fecha de inicio: 2015.

Esta práctica continua activa: Si.

Resumen ejecutivo

INTRODUCCIÓN

Los factores sociales, psicológicos y de salud están íntimamente relacionados cuando se tratan casos de fragilidad y desnutrición.

Se trata de un proceso bidireccional. Cuando se reduce la patología (fragilidad-malnutrición) el paciente se relaciona más con el medio, con los residentes, sale a la calle, socializa, etc. De la misma manera, si se tratan los factores psicológicos y/o sociales del residente también tendrá consecuencias positivas en su comportamiento con el entorno, estado emocional y en su estado nutricional.

Muchos de los usuarios entran en el programa debido a una situación social complicada en su entorno familiar, siendo los factores psicológicos y sociales determinantes en la mayoría de los casos.

Empoderamiento del paciente y de la familia

- La comunicación con los familiares es esencial para el buen funcionamiento del programa. Se les cita para darles información acerca de los puntos clave del programa y cuáles son las implicaciones que éste tiene. Entre otras cosas, los familiares tienen que respetar las pautas de alimentación establecidas por el dietista. Son las trabajadoras sociales del centro las que se encargan de mediar con la familia e informarles acerca de las pautas alimenticias que tienen que seguir.

DESARROLLO DEL PROGRAMA

En la actualidad el programa está únicamente dirigido a los residentes que están institucionalizados, ya que este perfil de paciente es el más apropiado para ejercer un control diario de su alimentación.

Se trata de una implementación por fases: En primer lugar se ha atendido a aquellos residentes en situaciones más graves, siendo ya incorporados aquellos casos asintomáticos pero con potencial de sufrir desnutrición. El objetivo es valorar a todos los residentes del complejo y dar el tratamiento apropiado a aquellos que lo necesiten.

Identificación:

- Cuando se observan ciertas actitudes y problemáticas en el residente. Estas pueden manifestarse de forma psíquica, social o física... (agresividad, aislamiento, pérdida de peso acentuada...) Para que el anciano sea introducido en el programa es necesario que esté en régimen de institucionalización.

Inclusión y seguimiento

- El tratamiento ofrecido al paciente tiene tres cauces: el nutricional, el psicológico y el terapéutico. Cuando se detecta fragilidad evidente suele ir acompañado de factores psicológicos y sociales. La soledad y la desestructuración familiar son algunos de los ejemplos que justifican la existencia de un apoyo psicológico (aunque la evidencia temprana sea solo física).
- Primero es entrevistado por psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros. A continuación se crea un informe conjunto y se pasa al departamento de medicina del hospital de referencia. El internista de referencia elabora un informe en el que se determina si el paciente tiene o no una desnutrición. Este informe se le facilita al nutricionista del centro. El nutricionista (Especialista en fragilidad en ancianos) crea un tratamiento en función de la existencia o no de desnutrición.
- Se ha formado un departamento interdisciplinar de las disciplinas sociales, clínicas y psicológicas. Se programan reuniones mensuales en las que se intercambian informes y se elaboran planes de acción. En estas reuniones se lleva el seguimiento de los casos y se presta especial atención a aquellos con evolución negativa (con indicadores psíquicos, sociales y físicos no favorables):
 - Analíticas realizadas por Atención Primaria.
 - Indicadores de salud observados por el equipo médico de la residencia.
 - Comportamientos considerados negativos por los equipos de psicología y trabajo social.

- La jefa asistencial de psicología funciona como gestora de casos. Todos los informes son recogidos y evaluados por ella y posteriormente enviados al departamento médico.
- Cuando se detecta un desequilibrio emocional o social se deriva al paciente al departamento de trabajo social y éste, a la vez, le concierta una cita con el psicólogo del centro. El psicólogo evalúa si es necesaria la atención psiquiátrica (servicio disponible una vez al mes).

Evaluación y alta del paciente

- Para dar el alta al residente se tienen en cuenta los indicadores nutricionales. Sin embargo, no sale del programa inmediatamente, sino que lo hace de manera progresiva, ya que se tiene en cuenta el estado anímico del paciente.
- Para controlar su estabilidad se controla el número de veces que el residente ha realizado demandas en el departamento de trabajo social y ver así si la problemática persiste. Se trata de un indicador de éxito del programa.
- A los 6 meses de inmersión en el programa se hace una valoración más concluyente.

Principales barreras

1. La comunicación entre la residencia (departamento social, psicológico) y el hospital de referencia es todavía muy rudimentario. El envío de informes analíticos y prescripción de medicamentos se hace a través del correo electrónico de nutrición y por reuniones en las que se hace una valoración del tratamiento.

Elementos facilitadores

2. La institucionalización de los usuarios aumenta las posibilidades de éxito del programa ya que el control que se tiene sobre el cumplimiento del tratamiento es muy alto.
3. El compromiso y experiencia de los profesionales de la residencia favorece el buen funcionamiento del programa.
4. La comunicación, aunque rudimentaria, entre la Residencia y los profesionales de AP y Hospitalaria es clave.

Enseñanzas que aporta la práctica

1. La sintomatología de la malnutrición en los residentes se presenta como indicador de posibles problemáticas sociales y/o psicológicas.
2. Atender las causas sociales y psicológicas que sufren los residentes tiene efectos positivos en el tratamiento nutritivo al que se someten los usuarios del programa.
3. El trabajo realizado por el equipo multidisciplinar y el contacto continuado de sus miembros es determinante para conseguir que el tratamiento y la adhesión al mismo sea efectiva.
4. La implicación de la familia del residente es importante para la obtención de buenos resultados.

Información adicional

- Durante los meses de verano no se han aceptado a más residentes en el programa. El motivo es la falta de personal (solo un nutricionista en el centro). Se seguía controlando a los que ya estaban en el programa.
- Actualmente están en proceso de crear un protocolo más detallado y formalizado.
- Grupo Aura Andalucía: <http://www.auraandalucia.es/>

Práctica enviada por: Anna Montilla, el 20 de noviembre de 2015.

