

Enfermos pluripatológicos y atención geriátrica

Sr. Director:

Hemos leído con atención el artículo publicado en esta revista por Zambrana García et al¹ y desearíamos matizar algunos aspectos del mismo. En primer lugar, destacar la importancia de la atención de calidad a pacientes con elevada comorbilidad en el marco de las instituciones sanitarias. Coincidimos con los autores en aspectos tan fundamentales como el envejecimiento de la población, la elevada prevalencia de la patología cardiovascular y la diabetes, la estacionalidad de las descompensaciones de algunas de estas patologías y el volumen global que representa en término de número de ingresos y estancias hospitalarias generadas.

De lo expuesto en su artículo se podría deducir que con la estructura hospitalaria actual se puede prestar asistencia sanitaria de calidad a la población más frágil, entendida ésta como la de edad más avanzada, con limitaciones en las actividades básicas de la vida diaria y con un pronóstico vital y funcional más incierto, es decir, la población geriátrica. En este sentido consideramos que una atención de calidad a la población geriátrica no puede ser ofrecida si no es en el marco de unidades asistenciales diferenciadas, con el concurso de una enfermería especializada y de otros profesionales (fisioterapeutas, dietistas, terapeutas ocupacionales, logopedas, psicólogos y trabajadores sociales) que contribuyan a la valoración e intervención integrales y coordinados entre los diferentes niveles asistenciales. Sólo desde un marco estructural y funcional, especialmente adaptado a pacientes en riesgo de padecer la cascada de la dependencia y entrenando en su manejo, podemos ofrecer una asistencia de calidad en la que se minimice el impacto de la hospitalización. La evidencia científica disponible en este sentido es amplia para los diferentes tipos de unidades asistenciales: agudos², unidades de rehabilitación geriátrica o convalecencia^{3,4} y sistemas de atención ambulatoria (hospital de día y unidades de valoración geriátrica)⁵.

En segundo lugar, respecto al documento usado como referencia para definir al paciente pluripatológico⁶ queremos destacar que utiliza una terminología basada en la Gestión por Procesos y en la asociación de enfermedades con insuficiencia de órgano o limitación funcional, pero no cuantifica el grado de la misma ni a partir de qué dintel ha de ser considerada la deficiencia y a su vez excluye entidades como la hipertensión arterial, dislipemias y otras enfermedades de elevada prevalencia y sólo las considera en base a la insuficiencia de órgano cuando ésta está presente. Sin embargo, en el entorno clínico-asistencial disponemos de otros elementos de medida más objetivos para la definición de este grupo poblacional y sus necesidades: escalas de autonomía para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, índices de comorbilidad como el *Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics* de Linn y adaptado por Miller (CIRS-G)⁷; en definitiva, diversas mediciones incluidas en una valoración integral. El término anglosajón *Geriatric assessment*⁸ se ha traducido en nuestro medio como Valoración Geriátrica Integral, reconocido como un instrumento eficaz, que permite evaluar sistemáticamente y de forma estandarizada a la población, incrementar la precisión diagnóstica y utilizar mejor los recursos sanitarios y sociales.

Para finalizar, creemos que la asistencia clínica, hospitalaria o no, a pacientes ancianos frágiles debe ser realizada por profesionales bien formados, entrenados y capacitados para prestarla. Es indispensable que esta valoración y la intervención terapéutica la lleve a cabo un equipo multidisciplinario y además es aconsejable tener una estructura con los medios materiales necesarios para minimizar el impacto de la hospitalización y evitar el deterioro funcional y la institucionalización.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zambrana García JL, Velasco Malagón MJ, Díez García F, Cruz Caparrós G, Martín Escalante MD, Adarraga Cansino MD, en nombre del grupo para el estudio de la Actividad de Medicina Interna en Andalucía. Características clínicas diferenciales de los enfermos pluripatológicos hospitalizados en servicios de Medicina Interna. *Rev Clin Esp.* 2005; 205(9):413-17.
2. Landefeld CS, Palmer RM, Kresovic DM, Fortinsky RH, Kowal J. A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. *N Engl J Med.* 1995;18:1338-44.
3. Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, English PA, Sayre JA, Kane RL. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. *N Engl J Med.* 1984;311:1664-70.
4. Applegate WB, Miller ST, Graney MJ, Elam JT, Burns R, Akins DE. A randomized, controlled trial of a geriatric assessment unit in a community rehabilitation hospital. *N Engl J Med.* 1990;322:1572-8.
5. Baztan JJ, González-Montalvo J, Solano Jaurrieta JJ, et al. Atención sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica. *Med Clin (Barc).* 2000;115:704-17.
6. Proceso asistencial integrado. Atención al paciente pluripatológico. Consejería de salud. Junta de Andalucía. Sevilla 2002.
7. Miller MD, Towers A. A Manual of Guidelines for Scoring the Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics (CIRS-G). Pittsburgh, Pa: University of Pittsburgh; 1991.
8. Epstein AM, Hall JA, Besdine R, Cumella E Jr, Feldstein M, McNeil BJ, et al. The emergence of Geriatric Assessment Units. The «new technology of Geriatrics». *Ann Intern Med.* 1987;106:229-303.

B. J. Fontecha Gómez, T. Casanova i Querol,

Ll. Reig Puig y P. Sánchez Ferrín

Unidad de Geriatría. Hospital Sociosanitario
de L'Hospitalet. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.