

## Réplica

**Sr. Editor:**

Hemos leído con suma atención la carta que publican sobre nuestro trabajo<sup>1</sup> y nos ha producido una doble y contradictoria impresión. Por un lado, la evidente y favorable sensación de que el tema que hemos publicado suscita el interés que se merece, y que a nosotros nos ha movido a estudiar. Por otro, el incómodo sentimiento de haber producido desasosiego en algún profesional de la medicina. Nada más lejos de nuestra intención. Por ello, escribimos la réplica con la sana intención de despejar dudas y aclarar en lo posible conceptos e intenciones en un trabajo que, por ser a diario difícil y complicado, nos ataña a gran parte de los médicos que atendemos al paciente anciano y pluripatológico.

En ningún momento pretendemos disuadir del ingreso a un paciente que lo necesita; pero sí es nuestra intención ubicarlo en el sitio más adecuado para su correcta e integral asistencia, no sólo para facilitarla sino para evitar ingresos prolongados e innecesarios, que sólo conducen a un perjuicio para el paciente. Es bien conocido que muchas personas ancianas experimentan durante la hospitalización un deterioro funcional, con pérdida de independencia y aumento del número de complicaciones (infección nosocomial, etc.)<sup>2-5</sup>.

Además, el paciente anciano es, en muchas ocasiones, pluripatológico y, aunque suele ser una afección concreta la que motiva su ingreso, son otras muchas las implicadas en la descompensación y en su posterior evolución. Por desgracia, es difícil ubicarlos en una especialidad determinada por lo complejo de su afección, además de que una vez ingresados en una especialidad concreta la propia idiosincrasia de ésta tiende a focalizar mucho el problema sobre su disciplina, eludiendo, involuntariamente, el enfoque global y otras demandas tan o más importantes, en estos pacientes, que la que ha motivado el ingreso.

Es, una vez ingresado en la unidad médica de corta estancia (UMCE), cuando podemos realizar la valoración geriátrica integral del paciente anciano fuera de la presión y ambiente hostil que suponen las urgencias –nuestra UMCE se sitúa lejos de ésta, en la tercera planta del hospital-. En este lugar, podemos, con la tranquilidad necesaria, interconsultar con los especialistas correspondientes mientras tratamos al enfermo, junto con ellos, del proce-

so agudo que ha motivado su ingreso, y determinar sus problemas de base que van a necesitar, a posteriori, una asistencia continuada: rehabilitadora, psicológica, hospitalización de media larga estancia –Hospital Dr. Moliner, en nuestro caso–, hospitalización domiciliaria, asistencia médica en residencia asistida con posibilidad rehabilitadora, etc. En este sentido, se realizó un trabajo exhaustivo de intercambio de información y protocolos de actuación, a nivel nacional mediante el proyecto SUyRA<sup>6</sup> (servicios de urgencias y residencias de ancianos), patrocinado por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), en el que nuestro centro, y yo personalmente, coordinó el proyecto en la Comunidad Valenciana. Se realizaron protocolos y cursos para médicos, tanto de residencias como de urgencias. Desde aquello cambió radicalmente la valoración y la coordinación del trabajo conjunto entre hospitales y residencias de ancianos, por lo menos en nuestro hospital; de hecho hay médicos de esas residencias, que realizan labores asistenciales de guardias de urgencias en nuestro centro.

En cuanto al concepto del paciente anciano de larga estancia y terminales (PALET), coincidimos en que es conflictivo. Nosotros nos hemos ceñido a los criterios que mencionamos en el trabajo y según las referencias citadas<sup>7,8</sup>. A pesar de ello, cada enfermo es idiosincrásicamente diferente y en todos –es un principio de la actuación médica– se debe valorar con su pronóstico y potencial asistencia de forma individual.

La autora de la carta realiza más de 20 cuestiones concretas y unas cuantas aseveraciones. En cuanto a las preguntas –algunas la contesta el artículo– son sumamente interesantes, pero su respuesta en algunas por desconocidos y en otras, aunque conocidos, harían el trabajo tan extenso que sobrepasaría con creces el límite que marcan las normas de publicación. Todos los trabajos de investigación suscitan nuevas preguntas y nuevos proyectos. Todo no se puede resolver en un solo estudio. Es por ello que debemos seguir trabajando en resolver esas cuestiones y otras muchas que no se han mencionado. En cuanto a las aseveraciones, creo que no coincidimos en su apreciación como hemos mencionado en los párrafos anteriores.

Seguiremos trabajando para ofrecer nuevos trabajos que aclaren oscuridades y mejoren la calidad asistencial

de nuestros enfermos en general y ancianos en particular. Agradecemos de corazón la carta, y estamos a su disposición para resolver las dudas que aún no hayan sido disipadas.

Juan Carlos Andreu Ballester y Amadeo Almela Quilis  
Sección de Urgencias-UMCE. Hospital Arnau de Vilanova.  
Valencia. España.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Andreu-Ballester JC, Almela-Quilis A, Ballester F, Colomer-Rubio E, Marín-Tena E, Peiró Gómez A. Estudio sociosanitario del paciente anciano con perfil de larga estancia y terminal atendido en una unidad médica de corta estancia. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2006;41:327-33.
2. Parker SG. Do current discharge arrangements from inpatient hospital care for the elderly reduce readmission rates, the length of inpatient stay or mortality, or improve health status? [Accedido 26 Nov 2005.] Copenhagen: World Health Organisation Regional Office for Europe (Health Evidence Network Report); 2005. Disponible en: <http://www.euro.who.int/Document/E87542.pdf>
3. DeVito CA, Morgan RO, Duque M, Abdel-Moty E, Varnig BA. Physical performance effects of low intensity exercise among clinically defined high-risk elders. *Gerontology.* 2003;49:146-54.
4. Sager MA, Franke T, Inouye SK, Landefeld S, Morgan TM, Rudberg MA, et al. Functional outcomes of acute medical illness and hospitalisation in older persons. *Arch Intern Med.* 1996;156:645-8.
5. Graf C. Functional decline in hospitalized older adults. *Am J Nurs.* 2006; 106:58-67.
6. Proyecto SUyRA. *Emergencias.* 1999;11:265-6.
7. Gómez-Batista Aleixorn X, Roca Casas J, Pladevall Casellas C, Gorchs Font N, Guinovart Garriga C. Atención Domiciliaria. En: López RM, Maymo N, editores. *Monografías Clínicas en Atención Primaria.* Barcelona: Ed. Doyma; 1991. p. 131-49.
8. Morrison RS, Meier DE. Clinical Practice. Palliative Care. *N Engl J Med.* 2004;350:2582-90.