



CARTA AL EDITOR

La geriatría y los pacientes ancianos pluripatológicos



Geriatrics and elderly complex patients

En los últimos años, tanto desde el Ministerio de Sanidad como desde los diferentes sistemas sanitarios autonómicos se está priorizando en la atención a pacientes pluripatológicos y enfermos crónicos.

Así, se han desarrollado múltiples documentos: «Unidad de Pacientes Pluripatológicos: Estándares y Recomendaciones» (2009)¹, «Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud» (2012)² y, en la Región de Murcia, «Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad 2015», presentada en unas jornadas de trabajo en marzo de 2013.

La esencia de estos documentos radica en el fortalecimiento del papel de la Atención Primaria en colaboración con Especializada, en la valoración integral, el trabajo en equipo, la selección adecuada de pacientes, la gestión de casos y coordinación entre niveles. . . , es decir, los mismos principios que identifican y en los que se sustenta la geriatría.

Sin embargo, el papel que desempeña nuestra especialidad en estos documentos es meramente testimonial y el liderazgo lo ejercen las Sociedades de Medicina Familiar y Comunitaria y de Medicina Interna. Estas sociedades elaboraron en el año 2011 el «Documento de Consenso en la atención al paciente con enfermedades crónicas. SEMI-SEMFC» donde especifican las competencias y roles de los profesionales más implicados en el proceso de atención a pacientes crónicos (internistas y médicos de familia) y muestran a los geriatras como «profesionales que probablemente verán reforzado su protagonismo en determinados procesos crónicos durante los próximos años»³.

Los geriatras somos expertos en la valoración integral al anciano, optimización de pruebas diagnósticas, planificar el tratamiento en función de las preferencias y del pronóstico vital y funcional, el trabajo multidisciplinar, coordinación entre niveles, toma de decisiones. . . Conocemos bien la patología psicogeriatrica, sabemos cuándo, cómo y dónde rehabilitar a un anciano y además dominamos los cuidados del anciano al final de la vida y los conflictos bioéticos. . . Pero a la vista está que todo esto no es suficiente. Somos los más expertos pero debemos demostrarlo y publicarlo.

Como bien argumenta García Navarro, «lo que no hacemos los geriatras, lo harán otros, inicialmente peor que nosotros, pero a la larga, con la misma efectividad»⁴. Y es más, adoptando y adaptando algunos de «nuestros» instrumentos (recientemente se ha desarrollado y validado por parte de internistas el índice Profund, para determinar la esperanza de vida del anciano pluripatológico al final de la vida, entre cuyos ítems se incluye el índice de Barthel)⁵. No existen evidencias sobre cuál es la mejor forma de atención al paciente crónico que requiere la toma de decisiones complejas^{6,7} y

está por demostrar si los geriatras seríamos la mejor opción, pero hasta ahora, no hemos cumplido el reto de liderar la atención a estos enfermos⁴, ni siquiera de participar en esta tarea.

Es cierto que quizá los geriatras deberíamos ser más proactivos, buscando estos pacientes en residencias, en Atención Primaria, en servicios quirúrgicos o en Urgencias, posibilitando consultas de alta resolución, seguimiento telefónico de pacientes complejos, facilitando accesibilidad a los pacientes y médicos de primaria. . . En nuestra comunidad hemos realizado distintos ofrecimientos a nuestros gestores: estudios piloto para detectar ancianos frágiles y colaborar con Atención Primaria en el manejo de pluripatológicos facilitando cauces de comunicación fluidos, rápidos y resolutivos (e-mail, teléfono, . . .)⁸. Los ancianos frágiles no constituyen una prioridad para ellos. Tienen interés en los ancianos complejos (la cúspide de la pirámide de Kaiser y que supone el 80% del presupuesto del gasto sanitario)⁹. . . , pero tampoco parece que los geriatras podamos formar parte de dicho engranaje.

Ante esto, reclamamos que tanto desde las organizaciones que nos representan (SEGG y sociedades autonómicas) como desde los diferentes servicios de geriatría, se reivindique que los geriatras somos los especialistas mejor preparados para atender a ancianos pluripatológicos, complejos y polimedicados, profesionales en los que la capacidad integradora forma parte de nuestro quehacer diario y los que tenemos más experiencia en la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, sin menosprecio de otros profesionales y otros médicos especialistas que pueden y deben formar parte de esta atención.

Creemos que este es un tren que está pasando delante de nosotros desde hace unos años y no hemos subido porque no nos lo han permitido o no lo hemos intentado con suficiente intensidad. Pero está claro que si no subimos en él, seguiremos teniendo una función testimonial en la atención al anciano dentro del Sistema Nacional de Salud.

Debemos reflexionar sobre el papel que representamos actualmente los geriatras y el que podríamos realizar.

Bibliografía

1. Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y Recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política social. Informes, estudios e investigación; 2009 [consultado 16 May 2014]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR.UPP.pdf>
2. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Centro de publicaciones; 2012 [consultado 16 May 2014]. Disponible en: http://www.observatorio.naas.aesan.msssi.gob.es/docs/docs/documentos/estrategia_para_el_abordaje_de_la_cronicidad_en_el_sistema_nacional_de_salud_2012.pdf
3. Grupo de trabajo de la SEMI y de la semFC. Conferencia nacional para la atención al paciente con enfermedades crónicas. Documento de consenso. Sevilla: MERGA-BLUM. Edición y Comunicación, S.L. 2011 [consultado 16 May 2014]. Disponible en: <http://www.semfc.es/es/biblioteca/virtual/detalle/Declaracion+de+Sevilla.+Cronicos/>
4. García-Navarro JA. La geriatría ante los nuevos retos del sistema sanitario: ¿Hay que moverse ya? Rev Esp Geriatr Gerontol. 2013;48:251–3.

5. Bernabeu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Moreno-Gaviño L, Barón-Franco B, Fuertes A, Murcia-Zaragoza J, et al. A new prognostic index centered on poly-pathological patients. The PROFUND index. *Eur J Intern Med*. 2011;22:311–7.
6. Sith SM, Soubhi H, Fortin M, Hudon C, O'Dowd T. Managing patients with multimorbidity: Systematic review of interventions in primary care and community settings. *BMJ*. 2012;345:e5205.
7. Amblás Novellas J, Espauella panicot J, Blay Pueyo C, Molist Brunet N, Luchetti GE, Anglada Arisa A, et al. Tópicos y reflexiones sobre la reducción de ingresos hospitalarios: de la evidencia a la práctica. *Rev Esp Geriatr y Gerontol*. 2013;48: 290–6.
8. Propuesta de la Sociedad Murciana de Geriátría y Gerontología para el abordaje de la cronicidad [consultado 20 May 2014]. Disponible en: http://www.geriatriamurcia.es/media/201310/f20131004191008_estrategia_para_el_abordaje_de_la_cronicidad_geriatria1.pdf?PHPSESSID=vp0a2ofkos74699rtl3pvf4lu3
9. Improving chronic disease management. Department of Health United Kingdom. 3 de marzo 2004 [consultado 20 May 2014]. Disponible en: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh.digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4075213.pdf

[webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/ http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh.digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4075213.pdf](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh.digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4075213.pdf)

Francisco Javier Castellote Varona^{a,*} e Inés Gil Broceño^b

^a *Unidad de Geriátría, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España*

^b *Unidad de Geriátría, Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: franciscojcastellote@gmail.com
(F.J. Castellote Varona).