

más jóvenes y que están recibiendo suplementación con vitamina D, siendo esta relación estadísticamente significativa.

Estos datos nos orientan, de forma no concluyente, a que la toma previa de vitamina D podría disminuir el riesgo de presentar fractura de fémur proximal dado que disminuye el número de pacientes que presentan niveles de calcidiol bajos (deficiencia grave o moderada).

Estudios como el de Carmen Mateo-Pascual et al. y el nuestro mismo ponen de manifiesto de que, aún haciendo énfasis del déficit de vitamina D en la población mayor, nos queda mucho camino por recorrer y no solo en la población institucionalizada.

Agradecimientos

Al personal Sanitario de la Unidad Geriátrica de Agudos del Hospital de Igualada, así como a la dirección del centro y la administración, por su imprescindible colaboración.

Bibliografía

1. Mateo-Pascual C, Julián-Viñals R, Alarcón-Alarcón T, Castell-Alcalá MV, Iturzaeta-Sánchez JM, Otero-Piñe A. Déficit de vitamina D en una cohorte de mayores de 65 años: prevalencia y asociación con factores sociodemográficos y de salud. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2014;49:211–6.

2. Maraño E, Omonte J, Álvarez ML, Serra JA. Vitamina D y fracturas en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011;46:151–162.
3. Vaquero M, Baré ML, Anton E, Andreu E, Moya A, Sampere R, grupo de estudio AVIS. Hipovitaminosis D asociada a exposición solar insuficiente en la población mayor de 64 años. *Med Clin (Barc)*. 2007;129:287–91.
4. Formiga F, Ferrer A, Almeda J, San José A, Gil A, Pujol R. Utility of geriatric assessment tools to identify 85-years old subjects with vitamin D deficiency. *J Nutr Health Aging*. 2011;15:110–4.
5. Martin E, Haney E, Shannon J, Cauley J, Ensrud K, Keaveny T, et al. Femoral volumetric bone density, geometry and strength in relation to 25-hydroxy vitamin D in older men. *J Bone Miner Res*. 2015;30:475–82.

Jaume Castellà Aumedes^{a,*}, Enric Duaso Magaña^a,
José David Sulbaran Sierra^b y Alba Romero Carles^b

^a Servicio de Geriátrica y Gerontología, Hospital de Igualada, Consorci Sanitari Anoia, Igualada, Barcelona, España

^b Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital de Igualada, Consorci Sanitari Anoia, Igualada, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: jcastella@csa.cat, jcastella@hotmail.com (J. Castellà Aumedes).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.02.006>

Geriatría: atención a la fragilidad, cronicidad y dependencia en el medio comunitario



Geriatrics: Frailty care, chronic disease and dependence for activities of daily living in the community

Sr. Editor:

Desde la Unidad de Valoración Geriátrica del Hospital Dr. José Molina Orosa de Lanzarote queremos apoyar los argumentos esgrimidos por Francisco Javier Castellote e Inés Gil Briceño¹.

Esta Unidad de Valoración Geriátrica está compuesta por un geriatra, un trabajador social y el apoyo de la enfermería de enlace. Viene desarrollando, desde hace un año y medio un programa de atención al anciano con fragilidad avanzada en el medio comunitario ante el alto consumo de recursos sanitarios que este tipo de paciente realiza, como así se objetiva en otros estudios². Para iniciar la captación de este grupo de pacientes, se llevó a cabo un programa de formación a los Equipos de Atención Primaria. Se realizó una selección de temas geriátricos a impartir, con el fin de dar a conocer aspectos del anciano frágil, herramientas de la valoración geriátrica, características del anciano en situación de terminalidad y aspectos éticos en el envejecimiento.

Tras este periodo de formación se estableció el perfil del paciente con fragilidad avanzada con el fin de dar continuidad a la atención en su domicilio: alta dependencia para las actividades básicas de la vida diaria que impide salir del domicilio, comorbilidad crónica avanzada (síndromes geriátricos) uso reiterado de recursos sanitarios, dificultad en el abordaje del paciente por su médico de cabecera y aumento del estrés emocional del cuidador.

Una vez definido el perfil del paciente, su médico de cabecera solicita la interconsulta a la Unidad de Valoración Geriátrica. El geriatra, junto con el Equipo de Atención Primaria (bien la trabajadora social, enfermería de enlace o médico de cabecera) acude al domicilio del paciente en las 24-48 h siguientes a la interconsulta. Se realiza una valoración geriátrica integral, y se elabora un plan funcional de cuidados que hace llegar al Equipo de Atención Primaria y lo vuelca en el sistema informático sanitario

del área de salud para que, de este modo, haya una continuidad en la atención. Tras dicha actuación, la Unidad de Valoración Geriátrica actúa como apoyo al Equipo de Atención Primaria y realiza seguimiento, a través de teléfono, e-mail, nueva interconsulta, etc., de aquellos casos con grave complejidad y que está condicionada por la coexistencia de síndromes geriátricos. Se consigue de este forma una intervención dinámica todo el tiempo que el anciano la necesite.

Durante el tiempo de desarrollo del programa se han detectado los síndromes geriátricos asociados y la intervención a realizar. Se ha dado atención e información al cuidador, con el objetivo de entender, comprender y naturalizar los problemas de salud en el proceso del envejecimiento. Se ha abordado la polifarmacia mediante conciliación de la medicación y la retirada de fármacos fútiles. Hemos realizado programas de prevención de los trastornos de la alimentación, úlceras por presión, atención al dolor, cuadros conductuales y psicológicos en la demencia, etc. También destacamos el abordaje bioético mediante el inicio del procedimiento de toma de decisiones complejas al final de la vida, si no existiera documento de voluntades previas. Y se ha establecido en qué momento el equipo de cuidados paliativos inicia el tratamiento de soporte en el domicilio.

Se logra de esta forma que el paciente tenga todos los recursos sanitarios necesarios para mejorar la calidad de vida en todas las etapas de su deterioro, y que las familias tengan la información y preparación adecuada para poder llevar los últimos momentos del paciente en el domicilio^{3,4}.

No cabe duda que la captación del paciente, no solo corresponde a los Equipos de Atención Primaria. Es preciso implicar a todos aquellos espacios de atención que asistan a los ancianos frágiles: atención especializada, urgencias, residencia de ancianos, trabajo social o cualquier otro profesional o voluntariado que pueda conocer al paciente⁵.

Después de analizar este tiempo asistencial en el entorno del paciente con fragilidad avanzada, observamos, que tiene su máxima cobertura y eficacia de atención en el domicilio, si se lleva a cabo de forma inmediata (entre las 24-48 h tras la detección del caso), y si el paciente y la familia tienen una atención de 7 días por 24 h

dado que, la comorbilidad crónica asociada a la fragilidad conlleva descompensaciones frecuentes que requieren orientación, cambios terapéuticos o de otra índole, en cualquier momento⁶.

Son las distintas experiencias asistenciales, en el campo de la Geriátrica, las que van a construir una labor de calidad en todos los ámbitos: sanitario, social y económico, con el fin de lograr que el anciano, con gran dependencia debido a la pluripatología crónica avanzada, permanezca en su medio (residencia de ancianos o domicilio) todo el tiempo posible con los recursos necesarios⁷.

Ante todo ello, hay que seguir trabajando en esta línea para que, desde la administración, se propicie la atención integral específica al anciano en su medio por la Geriátrica, al contar con recursos propios. Se logra, de esta forma, una mayor integración y calidad de vida del anciano en situación adversa debido a la pluripatología y dependencia asociada. Si al mismo tiempo, se detectan y se abordan los conflictos éticos implícitos, logramos que el paciente y sus cuidadores tengan garantizados el respeto a su autonomía, con el fin de evitar conflictos en la toma de decisiones tanto diagnósticos, terapéuticos, como de ingresos en centros sociosanitarios o pronóstico vital.

Bibliografía

1. Castellote Varona FJ, Gil Briceño I. La geriatría y los pacientes ancianos pluripatológicos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2014;49:248–9.
2. Alonso Bouzon C, Petidier Torregrossa R, Marín Larraín PP, Rodríguez Mañas L. Efectividad de la valoración de ingresos de pacientes con mala situación funcional. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2010;45:19–21.
3. Martín Lesende I. Eficacia de la valoración geriátrica integral en atención primaria, ¿qué necesitamos? *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2008;43:3–4.
4. Pal LM, Manning L. Palliative care for frail older people. *Clin Med*. 2014;14:292–5.
5. Martínez Martín ML, González Montalvo JL, Otero Puime A. Anciano frágil: ¿hablamos todos de lo mismo? *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2007;42:357–60.
6. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid; 2012.
7. Alonso-Renedo FJ, González-Ercilla L, Iráizoz-Apezteguia I. El anciano con enfermedad avanzada de órgano. Consideraciones desde de la geriatría, la medicina paliativa y la bioética. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2014;49:228–34.

Elisa Corujo Rodriguez * y Néstor Pereyra Venegas

Unidad de Ortogeriátrica y de Valoración Geriátrica, Hospital General Doctor José Molina Orosa, Arrecife, Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: elisacoro@gmail.com (E. Corujo Rodriguez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2014.12.002>