



CARTA AL EDITOR

Pacientes complejos, decisiones complejas. Cómo, cuándo y dónde



Complex patients, complex decisions: How, when and where

Sr. Editor:

Hemos leído con interés el artículo de Somoza-Fernández et al.¹ en el que se plantea la idoneidad del servicio de urgencias (SU) como espacio en el que tomar decisiones determinantes en el tratamiento y el pronóstico de los pacientes definidos como ancianos complejos.

Coincidimos en cuanto a que la toma de decisiones en estos pacientes supone un acto de complejidad que no debe realizarse a la ligera y que el SU es el lugar menos propicio para ello.

Creemos que este abordaje multidimensional que se pretende abordar debe tener en cuenta en primer lugar que no solo debe valorarse la gravedad del evento agudo, sino también la reversibilidad del mismo. En segundo lugar, debe diferenciarse la atención del paciente pluripatológico del paciente crónico complejo, conceptualmente distintos. En tercer lugar y, en consecuencia, hay que saber identificar cuáles son los principales factores del trasfondo funcional, cognitivo y de multimorbilidad que más repercuten y limitan la función vital del paciente.

En un entorno como los SU donde es crucial la toma de decisiones rápidas, en una población caracterizada por la atipicidad de la presentación de síntomas, que precisa continuas revaloraciones clínicas y de las pruebas complementarias, con los aspectos a tener en cuenta que hemos descrito, creemos que la atención clínica, no puede reducirse a una mera protocolización o simple jerarquización en función de escalas fenotípicas o simplificadas, o en la elaboración de diagnósticos situacionales con el riesgo de inducir decisiones equivocadas como las descritas en su artículo.

Coincidimos pues en que la atención de este grupo de pacientes requiere de: 1) un espacio específico de atención, donde pueda profundizarse en la valoración multidimensional que permita la óptima toma de decisiones para adecuar el tratamiento e incidir en el pronóstico, y 2) un profesional especializado y habituado en elaborar concepciones globales, planes de atención específicos centrados en el paciente y con una visión transversal de todo el proceso asistencial.

En nuestro hospital, desde el mes de noviembre de 2018 se ha puesto en marcha una unidad hospitalaria, la unidad de transición, con 8 puntos de atención, dependiente de medicina interna

en colaboración con el SU, orientada al paciente pluripatológico y vulnerable, que permite una vez que el paciente atendido en el SU ha superado el evento agudo, pueda llevarse a cabo una valoración más profunda que comprende el estado cognitivo, funcional, social y la multimorbilidad permitiendo adecuar la intensidad terapéutica y gestionar mejor los recursos que garantizan la continuidad asistencial más idónea (uso de centros sociosanitarios, unidades de subagudos, hospitalización domiciliaria...). Por otra parte, también permite reducir los requerimientos de hospitalización, prevenir la aparición de síndromes geriátricos, reducir el síndrome de post-hospitalización y agilizar el proceso de ingreso o transferencia a domicilio.

El reto para el sistema sanitario es diseñar dispositivos que permitan la continuidad asistencial y que sean operativos. Así, nuestro modelo es propio y adaptado a las circunstancias del entorno y a las necesidades de los ancianos con complejidad. Cabe destacar que otras iniciativas como la de Puig M. et al.² con los mismos objetivos han optado por la creación de una unidad de atención a la fragilidad dentro del mismo SU con excelentes resultados.

Creemos que más que un problema, es una oportunidad para la reformulación de modelos asistenciales en los que confluyan la coordinación interdisciplinar (atención primaria, atención socio-sanitaria, atención paliativa y atención hospitalaria), así como una asistencia integral que permita una adecuación más eficiente de los recursos y una auténtica asistencia centrada en el paciente anciano.

Bibliografía

1. Somoza-Fernández G, Romero Estarlich E, Serra Rexach JA. El paciente anciano en Urgencias: Es el mejor escenario para la toma de decisiones complejas. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2019;54:116–8.
2. Puig M, Ris J, Blázquez M, Benito S. Development of a comprehensive, multidisciplinary program of care for frailty in an emergency department. Eur Geriatr Med. 2019;10:37–46.

Gabriel López Sánchez*, Xavier Pla Salas, Teresa Roselló Padullés y Domingo Ruiz Hidalgo

Servicio de Medicina Interna, Althaia Xarxa Assistencial
Universitària, Manresa, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: glopezs@althaia.cat (G. López Sánchez).