

adultos mayores. Debido al creciente envejecimiento de la población, es importante realizar estudios que permitan determinar la prevalencia de problemas de salud mental en los AM para orientar a los profesionales y responsables políticos en su prevención y tratamiento, reduciendo costos, y contribuir a la mejora de la calidad de vida de los AM. Sin embargo, es necesario realizar estudios longitudinales, con mediciones adecuadas, para aclarar la dirección causal y los resultados de los síntomas de ansiedad disfuncional en AM. Además, ya que los ítems del CAS miden síntomas de arousal fisiológico asociados con la ansiedad, se hace necesario evaluar también aspectos relacionados con la preocupación con otras medidas como la *Fear of COVID-19 Scale*¹⁰. Por último, estudios futuros deberían incluir participantes con problemas mentales preexistentes (como ansiedad y depresión, tanto clínica como subclínica), que podrían presentar una mayor vulnerabilidad para el desarrollo de la coronafobia y otros riesgos para su salud mental¹¹.

Bibliografía

- Armitage R, Nellums LB. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *Lancet Public Health*. 2020;5:e256, [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30061-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30061-X).
- Santini ZI, Jose PE, Cornwell EY, Koyanagi A, Nielsen L, Hinrichsen C, et al. Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): A longitudinal mediation analysis. *Lancet Public Health*. 2020;5:e62–70, [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30230-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30230-0).
- Lee SA, Jobe MC, Mathis AA, Gibbons JA. Incremental validity of coronaphobia: Coronavirus anxiety explains depression, generalized anxiety, and death anxiety. *J Anxiety Disord*. 2020;74:102268, <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102268>.
- Lee SA. Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Studies*. 2020;44:393–401, <http://dx.doi.org/10.1080/07481187.2020.1748481>.
- Caycho-Rodríguez T, Vilca LW, Carbajal-León C, White M, Vivanco-Vidal A, Saroli-Aranibar D, et al. Coronavirus Anxiety Scale: New psychometric evidence for the Spanish version based on CFA and IRT models in a Peruvian sample. *Death Studies*. 2021:1–10, <http://dx.doi.org/10.1080/07481187.2020.1865480>.
- Robb CE, de Jager CA, Ahmadi-Abhari S, Giannakopoulou P, Udeh-Momoh C, McKeand J, et al. Associations of social isolation with anxiety and depression during the early COVID-19 pandemic: A survey of older adults in London. *UK Front Psychiatry*. 2020;11:591120, <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2020.591120>.
- Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:1729, <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17051729>.
- Özdin S, Bayrak Özden Ş. Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *Int J Soc Psychiatry*. 2020;66:504–11, <http://dx.doi.org/10.1177/0020764020927051>.
- Radwan E, Radwan A, Radwan M. Challenges facing older adults during the COVID-19 outbreak. *Eur J Environ Public Health*. 2020;5:em0059, <http://dx.doi.org/10.29333/ejeph/8457>.
- Ahorsu DK, Lin CY, Imani V, Saffari M, Griffiths MD, Pakpour AH. The fear of COVID-19 scale: Development and initial validation. *Int J Ment Health Addict*. 2020:1–9, <http://dx.doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>.
- Bergman YS, Cohen-Fridel S, Shrira A, Bodner E, Palgi Y. COVID-19 health worries and anxiety symptoms among older adults: The moderating role of ageism. *Int Psychogeriatr*. 2020;32:1371–5, <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610220001258>.

Tomás Caycho-Rodríguez *

Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Privada del Norte, Lima, Perú

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: tomas.caycho@upn.pe

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2021.02.006>

0211-139X/ © 2021 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

La valoración geriátrica integral. Posicionamiento de la Sociedad Española de Medicina Geriátrica



Comprehensive geriatric assessment. Position statement of the Spanish Society of Geriatric Medicine

En un artículo reciente, un grupo de trabajo de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) da pautas de atención al anciano¹. Siempre son buenas noticias que diferentes especialidades médicas que trabajan con personas mayores adapten su manera de trabajar a las demandas específicas de esta población. Sin embargo, respecto al citado artículo¹, la Sociedad Española de Medicina Geriátrica (SEMEG) expone que:

El término valoración integral y multidimensional del anciano hospitalizado (VIMA) es un término sobre un procedimiento no validado que incurre en una duplicidad y plagia el término de valoración geriátrica integral (VGI). La VGI se define como el proceso diagnóstico dinámico multidimensional, multidisciplinar e interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas y necesidades de los adultos mayores y poner en marcha un plan de cuidados y tratamiento progresivo, continuado y coordinado dirigido a satisfacer las necesidades del paciente y sus cuidadores². La VGI está validada desde hace décadas y es de sobra conocida su utilidad no sólo en el ámbito hospitalario sino en todos los niveles asistenciales³. Prueba de ello son las numerosas referencias del artículo. Sin embargo, la evidencia disponible es mucho más amplia y es tal su peso que la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁴ reconoce la necesidad de realizar una VGI siempre que se evalúe a una persona mayor. Intentar aplicar un término nuevo para algo ya

claramente definido lleva a confusión y constituye una tremenda falta de rigor.

La VGI requiere de unas competencias específicas que van más allá de la simple aplicación de escalas:

Primero, es preciso tener un adecuado conocimiento sobre el proceso de envejecimiento y requiere de una metodología específica, además de un entrenamiento continuado en su aplicación, que permita interpretar no sólo su resultado final sino otros aspectos de los tests. Solamente con una completa formación se puede adaptar la VGI a cada persona mayor en cada ámbito de atención^{2,5,6}. Por ejemplo, por la influencia de la propia hospitalización, éste no es el mejor ámbito para hacer una valoración cognitiva ni afectiva. Como es obvio, esto no exime, sin embargo, de explorar dichas dimensiones en la situación basal del paciente.

Segundo, aplicar las escalas es una condición necesaria pero no suficiente para facilitar a la persona mayor la mejor atención sanitaria en el hospital. La VGI constituye simplemente la herramienta de trabajo de un equipo multidisciplinar que a través de reuniones periódicas organizan un plan de cuidados común para todos los actores y así garantizar una continuidad de cuidados entre todos los niveles de atención^{2,7}. Esta es la manera de trabajar de las Unidades Geriátricas de Agudos (UGA) que han sido ampliamente evaluadas, y que comparadas con las unidades convencionales (las tradicionales salas de Medicina Interna) han demostrado menor deterioro funcional al alta, menor institucionalización, menor estancia media y mayor costo-efectividad⁸. Hasta la fecha, esta es la manera de trabajar más efectiva con las personas mayores hospitalizadas^{9,10}. Por lo tanto, desde SEMEG consideramos inaceptable que se plantee la «adaptación de servicios» únicamente utilizando de manera simplista herramientas no validadas (VIMA) cuando existe un *gold*

standard (UGA) que incluye herramienta validada (VGI), personal entrenado y formado y manera de trabajar y organización ampliamente evaluada.

En el artículo de Vallejo-Maroto et al.¹ se equipara especialidades médicas como la Medicina de Familia, Medicina Interna y Geriatria en el abordaje clínico de la persona mayor. La Geriatria es una especialidad con cuerpo doctrinal propio que nació en 1946 y que en nuestro país se plasmó en 1971 con el primer servicio de Geriatria en el Hospital Central de la Cruz Roja y con el nacimiento oficial de la especialidad reglada vía MIR en el año 1978. Tanto la Medicina de Familia como la Medicina Interna tienen su propio ámbito de actuación que incluye, como en tantas otras especialidades y por motivos demográficos y epidemiológicos, al paciente mayor. Desde la SEMEG consideramos que es urgente y resulta conveniente la formación de otros especialistas en conceptos geriátricos básicos, así como la implementación de la evidencia científica a los protocolos de actuación de cada especialidad. Sin embargo, es inconcebible la suplantación de las funciones del médico especialista en personas mayores (geriatra) por otros profesionales que no han recibido la formación específica para dichas funciones. De la misma manera que todos los niños de este país tienen acceso a un pediatra en caso de necesitarlo y pueden ingresar en un Servicio de Pediatría, todas las personas mayores de 75 años⁴ debieran tener acceso a un geriatra y poder ingresar en una UGA en caso de resultar necesario.

Autoría

Cristina Alonso Bouzón, en representación del Comité Ejecutivo de la SEMEG (apéndice 1) y de todos sus miembros.

Appendix A. en representación del Comité Ejecutivo de la SEMEG:

Dra. Marta Martínez Reig
Dra. Virginia Mazoterías Muñoz
Dr. Carlos de la Fuente Gutiérrez
Dra. Concepción Jiménez Rojas
Dra. Marta Neira Álvarez
Dra. Guadalupe Lozano Pino
Dra. Laura Mónica Pérez Bazán

Dra. Marta Castro Rodríguez
Dra. Gracia Megías Baeza
Dr. Jesús María López Arrieta
Dr. Álvaro Casas Herrero
y todos sus miembros.

Bibliografía

1. Vallejo Maroto I, Romano P, Mafé Noguerols MC, Matesanz-Fernández M, Perz-Belmonte LM, Sais Criado I, et al. Recomendaciones sobre la valoración integral y multidimensional del anciano hospitalizado. Posicionamiento de la Sociedad Española de Medicina Interna. Rev Clin Esp. 2020, <https://www.revclinesp.es/es-recomendaciones-sobre-valoracion-integral-multidimensional-avance-S0014256520302733>.
2. Abizanda Soler P, Rodríguez Mañas L. Tratado de Medicina Geriátrica: Fundamentos de la Atención Sanitaria a los Mayores. 2ª edición. Barcelona: Elsevier; 2020.
3. Stuck AE, Siu AL, Wieland JA, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. Lancet. 1993;342:1032–6.
4. World Health Organization. World Report on Aging and Health. 2015, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811-eng.pdf;jsessionid=79B5350EF62B5A48500DE81E6B76068B?sequence=1>.
5. Rubenstein LZ, Siu AL, Wieland D. Comprehensive geriatric assessment: toward understanding its efficacy. Aging. 1989;1:87–98.
6. Reuben DB, Borok GM, Wolde-Tsadiq G, Ershoff DH, Fishman LK, Ambrosini VL, et al. A randomized trial of comprehensive geriatric assessment in the care of hospitalized patients. N Engl J Med. 1995;332:1345–50.
7. Rodríguez Mañas L, Solano Jaurrieta JJ. Bases de la Atención Sanitaria al Anciano. SEMEG. 2001.
8. Baztán JJ, Suárez-García FM, López-Arrieta J, Rodríguez-Mañas L, Rodríguez-Artalejo F. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. BMJ. 2009;338:b50.
9. Baztán JJ, Suárez-García FM, López-Arrieta J, Rodríguez-Mañas L. Eficiencia de las unidades geriátricas de agudos: metaanálisis de estudios controlados. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2011;46:186–92.
10. Romero Rizo L, Sánchez Jurado PM, Abizanda Soler P. El anciano en la unidad de geriatría de agudos. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44(S1):15–26.

Cristina Alonso Bouzón

Servicio de Geriatria. Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España

Correo electrónico: cristina.alonso@semeg.es

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2021.02.005>

0211-139X/ © 2021 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.