

# Visión clásica de la enfermedad frente a nuevos enfoques

Jordi Mascaró Lamarca<sup>1</sup>, Albert Selva O'Callaghan<sup>2</sup>, Joan Espauella Panicot<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna- Geriátrica. Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat, Barcelona

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna-Geriátrica. Hospital General Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona

<sup>3</sup>Unitat Integral de Geriátrica. Hospital de la Santa Creu, Vic. Barcelona

Correspondencia:

Jordi Mascaró Lamarca

Servicio de Medicina Interna- Geriatria. Hospital Universitari de Bellvitge. Feixa Llarga s/n  
08907 Hospitalet de Llobregat, Barcelona. E-mail: Jmascaro@csb.scs.es

## Resumen

En la 1ª Jornada del Grupo GIECAM que trató sobre la valoración Geriátrica, se presentó un debate cara a cara entre 2 médicos expertos en Geriátrica, a los que les correspondió interpretar y defender 2 modelos de atención. Por un lado el enfoque clásico, basado en la enfermedad, que fue defendido por Albert Selva, y que defendió dicho modelo a través de los muchos años de experiencia que llevamos utilizándolo, pero así mismo apunto todos los inconvenientes de dicho modelo. De entre los que destacan su poca utilidad para pacientes de perfil socio-sanitario.

El Dr Joan Espauella defendió los nuevos enfoques, a través de un modelo denominado integrador, multidimensional o bio-psyco-social. La piedra angular para defender sum modelo, se baso en los cambios demográficos que comporta el envejecimiento de la población, y por lo tanto la aparición de una población heterogénea con fragilidad, discapacidad y comorbilidad.

**Palabras clave:** Valoración Geriátrica. Fragilidad. Discapacidad. Comorbilidad. Transición.

## Summary

During the first meeting of GIECAM group, about geriatric evaluation, a face to face debat was celebrated. Two experts in geriatric medicine defended two models for attention. Firstable Dr Albert Selva speaks about the classic model based in the disease. He think, this is a model with a long time experience, but has some difficults in the aproach to patients with socio-sanitari profile.

Dr Joan Espauella talks about a new model, whom we can call integral, multidimensional o bio-psyco-social. This model is based in the increasing number of elderly people, who makes an heterogeneous population with frailty, discapacity, and comorbidity.

**Key Words:** Geriatric evaluation. Frailty. Discapacity. Comorbidity and transicional care.

debate se originó a partir del artículo de opinión de Mary E Tinnetti y Terri Fried<sup>1</sup> en que se planteaba si estamos ante el fin del modelo clásico basado en la enfermedad.

Para afrontar el tema se planteó un debate en el que dos médicos expertos en valoración geriátrica, debían enfrentarse defendiendo cada uno de ellos el modelo que le fue asignado.

Por un lado al Dr. Selva le correspondió representar el rol y defender "La Visión clásica de la enfermedad frente a nuevos enfoques". En el polo opuesto estaba el Dr. Espauella que defendió "las ventajas del modelo que podemos denominar como integrador o multidimensional o biopsicosocial".

La visión clásica fue defendida a partir de una caso clínico real, que presentó el Dr. Albert Selva. En síntesis se trataba de una paciente anciana (91 años) residente de una residencia Geriátrica, que es diagnosticada de linfoma cutáneo y ganglionar, y que durante el curso del tratamiento presenta como complicaciones hemorragia digestiva alta y aplastamientos vertebrales que obligan a ingreso en el Hospital. Una vez ingresada la paciente se reafirma en su voluntad de querer vivir. La paciente es sometida una serie de procedimientos diagnósticos y terapéuticos razonables consistente en una fibrogastroscoopia que mostró una infiltración mucosa por linfoma MALT-B. Se dio soporte nutricional y el hematólogo propuso actitud expectante. La paciente presentó una sepsis por MARSa, que se trató correctamente con Vancomicina, con las medidas idóneas: monitorización de los niveles de Vancomicina y control de la función renal. Al suspender el antibiótico los hemocultivos de control fueron positivos a MARSa, siendo los diagnosticos de presunción: Endocarditis por infección del cable de Marcapasos y artritis séptica. La paciente fue tratada con Cotrimoxazol de forma crónica permaneciendo afebril y fue remitida a su residencia, manteniendo contactos periódicos con su médico y equipo de cuidadores habituales.

Este caso concreto es un buen ejemplo de que el modelo basado en la enfermedad es necesario para el conocimiento y manejo de procesos clínicos complejos, pero en los que además hay que ser abiertos de miras y tener una visión más humanista en la que se respete la voluntad del paciente y se coordine la atención con otros profesionales.

En la Jornada sobre valoración Geriátrica del Grupo GIECAM se presentó un foro de debate en que se confrontaban dos visiones a priori opuestas sobre modelos de atención sanitaria. El inicio del

La visión clásica de la enfermedad tiene una sólida base académica, se basa en el método de Historia Clínica: anamnesis y exploración física. Depende fundamentalmente de la relación “Médico-Paciente”. Potencia la participación de especialistas, es una visión orientada a enfermedades concretas. El objetivo es el diagnóstico, prevención y tratamiento de la enfermedad. La supervivencia es uno de los principales focos de interés. El tratamiento está enfocado al trastorno fisiopatológico de la enfermedad. El pronóstico está determinado por la enfermedad.

Las críticas al modelo clásico son:

- Polifarmacia con muy posibles sobre tratamientos, con todo lo que ello comporta, entre otros el riesgo de iatrogénica.
- El seguir unos criterios diagnósticos que en ocasiones pueden hacer infradiagnosticar y por lo tanto infratratar a determinados pacientes, que no cumplen los criterios. Un caso claro serían aquellos pacientes ancianos con síntomas claros de depresión, que no cumplen los criterios, pero que pensamos que se podrían beneficiar de tratamiento antidepressivo.
- Es un modelo poco multidisciplinario, pero en cambio con posible fragmentación al tener al paciente compartimentado por los especialistas.
- Es un modelo muy basado en los Hospitales de agudos y por sistemas de atención primaria clásicos (previos a la reforma)
- Poco útil frente a colectivos concretos de pacientes: paliativos, ancianos frágiles.

El Dr. Selva aconseja y concluye:

- Sentido común y buena praxis médica
- Potenciar y mejorar la Relación médico-paciente
- Quizás no hay que cambiar el modelo
- Quizás hay que dotar al médico de:
  - Más y mejores habilidades comunicativas
  - Herramientas relacionales que favorezcan trabajo interdisciplinar
  - Espacio y tiempo para poder desarrollar el trabajo

Por último, realiza un comentario que invita a la reflexión. Ante la reciente aparición de literatura y de corrientes de opinión que cuestionan la visión clásica de la enfermedad se plantea una advertencia: No será que es más caro el modelo clásico?

El Dr. Espauella inició su exposición con datos sociodemográficos, recordándonos, los cambios respecto a las expectativas de vida (47 años en 1900 frente a los 75 años en el año 2000) y sobretodo la aparición del fenómeno de la incapacidad, que puede preceder en unos dos años a la muerte.

El envejecimiento de la población genera un grupo heterogéneo que se caracteriza por: Fragilidad, Comorbilidad y Discapacidad. Este conjunto de características genera una complejidad en la atención. Para ello propondrá cambios que deben de producirse en el sistema sanitario para que se pueda abordar de una forma razonable a estos pacientes complejos, para lograr lo que el cita como: “asegurar que

se de el tratamiento correcto en el lugar correcto y de forma correcta”.

Antes de plantear los cambios, hace un repaso crítico al modelo clásico y coincide en muchos puntos con el Dr. Selva. Recuerda que en el modelo clásico se le da muy poca importancia a los aspectos psicosociales y destaca la poca implicación de los pacientes en la toma de decisiones.

Recuerda el Modelo “Hospice”<sup>2</sup>, donde hay valores que pueden ser útiles para los pacientes ancianos:

- Individualización.
- Introducción a la muerte.
- Importancia del confort-bienestar.
- La potencial adversidad de los tratamientos.
- A veces hay que considerar tratar sin tener el diagnóstico.

En este modelo se propone como soluciones:

- Modelo basado en la persona complementando al modelo basado en la enfermedad.
- Control de síntomas además del tratamiento de la enfermedad.
- Incorporación de los objetivos confort y calidad de vida, además de la curación y de la supervivencia.

En el modelo integrador son muy importantes los conceptos de continuidad y coordinación, a través de la *transición*. Este es uno de los paradigmas del sistema socio-sanitario en Cataluña, a través del programa “Vida Als Anys”, y en el que un mismo paciente según su situación y sus necesidades podrá ser atendido de forma continua en distintos niveles asistenciales. Es muy importante garantizar una continuidad asistencial cuando el paciente sea transferido de nivel o lugar de atención.

Para lograr una correcta *transición* es muy importante la comunicación entre equipos (emisor y receptor), y tiene que estar bien reflejado el resumen de las intervenciones hechas por el emisor. Se han de recoger los objetivos y preferencias de los pacientes (voluntades anticipadas) Tiene que constar un listado de los problemas activos, se debe describir la situación basal cognitiva y funcional, y deben constar los datos de los cuidadores de contacto. Además hay que prescribir correctamente la medicación, así como preparar al paciente y a la familia respecto a las expectativas del nuevo lugar<sup>3</sup>.

Para mejorar la transición se presentan datos de un metaanálisis en los que se demuestra que la planificación al alta junto a un conjunto de intervenciones post alta, pueden disminuir los reingresos de pacientes con Insuficiencia cardiaca, y además mejorar la supervivencia y la calidad de vida sin incremento de los costes<sup>4</sup>. Las medidas utilizadas para lograr estos objetivos son: equipos multidisciplinarios, educación, racionalización y comprobación del cumplimiento farmacológico, soporte emocional y seguimiento directo.

En la última parte de la exposición del Dr. Espauella, se planteó la visión de futuro, en la que básicamente el esfuerzo va centrado a la prevención y detección de la *fragilidad* y de la discapacidad, sien-

do los principales factores de riesgo para *discapacidad*: el deterioro cognitivo, la depresión, la comorbilidad y las alteraciones del índice de masa corporal<sup>5</sup>. Para la prevención de la discapacidad en ancianos frágiles el ejercicio físico dirigido puede reducir la progresión de la discapacidad<sup>6</sup>. Para la detección de fragilidad propone la realización de test de ejecución y seguir con estudios que analicen la velocidad de la marcha<sup>7</sup>.

Finalmente el Dr. Espauella como visión de futuro afirmó que la tecnología de la información es el componente estructural del sistema de salud que mejor puede mejorar la provisión de servicios<sup>8</sup>.

Durante la discusión, se acordó que los dos modelos, aunque enfrentados, de momento tienen que convivir, y que posiblemente el modelo integrador tendría que ser un modelo hacia el que se debería evolucionar respecto al clásico o basado en la enfermedad, de acorde a los cambios socio demográficos que se están produciendo. En cualquier caso el modelo basado en la enfermedad con todas sus limitaciones todavía tiene vigencia sobretodo como base clínica sólida (criterios diagnósticos, Guide lines etc). El modelo clásico es útil en el tratamiento de muchos procesos en los que no verá afectada la capacidad funcional, y en el que la enfermedad cura en un breve plazo de tiempo sin secuelas (mayoría de procesos en pacientes adultos).

Sobre el modelo clásico basado en la enfermedad se tendrían que añadir todos los elementos del modelo integrador dirigidos a valorar la fragilidad, discapacidad y comorbilidad.

Durante la discusión se comentó que uno de los problemas detectados en el modelo integrador o multidimensional es que a veces se conocían muy bien aspectos psicológicos, funcionales, sociales, de voluntades, pero no se conocía exactamente el diagnóstico del paciente, y ello podría ser debido a que en el manejo de estos pacientes el equipo interdisciplinar asume muy bien la valoración multidimensional, pero a veces el médico no participa con la intensidad en la que participa en el modelo basado en la enfermedad,

hay una gran relación equipo-paciente y familia, pero en algunas ocasiones menor con el médico. Otra posible explicación a este fenómeno, es que en estos momentos, en los lugares donde se aplica más el modelo integrador, todavía están alejados de las Unidades de agudos, y probablemente es donde la metodología y las exploraciones diagnósticas son más escasas.

A modo de conclusión se afirmó que el modelo clásico basado en la enfermedad es todavía vigente y útil, pero es claramente insuficiente para los pacientes con perfil socio-sanitario o geriátricos en los que hay fragilidad, comorbilidad y discapacidad.

## Bibliografía

1. The End of the Disease Era, Tinetti M y Fried T . *Am J Med.* 2004;116:179-86.
2. Geriatrics and the limits of modern medicine, Goodwin JS. *N Engl J Med* 1999;340:1283-85.
3. Falling through the cracks: Challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care and needs. E Coleman *et al.* *JAGS* 2003;51:549-55.
4. Comprehensive discharge planning with postdischarge support for older patients with congestive heart failure. A meta-analysis . Philips. *JAMA* 2004;291:1358-67.
5. Hospitalization, restricted activity, and the development of disability among older persons, T Gill. *JAMA* 2004;292:2115-2124.
6. A program to prevent functional decline in physically frail elderly persons who live at home, T Gill. *N Engl J Med* 2002;347:1068-75.
7. Physical performance measures in clinical setting. S Studenski. *JAGS* 2003;51:314-22.
8. Using information technology to improve the health care of older adults. M Weiner. *Ann Intern Med* 2003;139:430-36.