



## EDITORIAL

# Investigación sobre modelos asistenciales en geriatría: propuestas para el futuro

## Research into health care models in geriatrics: Proposals for the future

María Teresa Vidán

Servicio de Geriátría, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

El manejo clínico del paciente anciano es complejo y requiere conocimientos especializados. Los especialistas en geriatría tenemos la convicción de que la atención al anciano por parte de equipos geriátricos multidisciplinares aporta calidad en las distintas fases del proceso de la enfermedad, especialmente en pacientes ancianos frágiles, complejos o con algún grado de discapacidad<sup>1</sup>, esto sin embargo no está igualmente demostrado en todos los niveles asistenciales ni para todos los modelos de tratamiento.

Una asistencia de calidad se basa en cuatro pilares fundamentales que serían: 1) *conocimiento*, es decir desarrollo y actualización de evidencias científicas sobre los tratamientos o modelos asistenciales que producen mejora en algún ámbito de la enfermedad, en qué pacientes y para qué objetivos concretos; 2) *implementación* del conocimiento: hacer que los tratamientos y cuidados demostrados beneficiosos lleguen al máximo número de ancianos, de forma equitativa y segura; 3) *evaluación de resultados*: control de los principales resultados en salud, (los que realmente importan al paciente) de las enfermedades más prevalentes en el anciano e investigación sobre cómo influyen los distintos modelos asistenciales en estos resultados relevantes, y 4) realizar todo ello respetando las preferencias del enfermo, es decir realizar una «*medicina centrada en el paciente*».

En lo que se refiere a la asistencia al paciente anciano se ha realizado investigación en todas estas áreas esenciales para la mejora de la calidad asistencial. Existe evidencia científica de calidad de los beneficios que aportan distintos modelos de atención por especialistas en geriatría frente a los cuidados tradicionales. Así se ha demostrado cómo las unidades geriátricas de enfermos agudos hospitalarios disminuyen el riesgo de que el anciano se deteriore funcionalmente durante el ingreso hospitalario y aumentan la probabilidad de que vuelva a su domicilio tras el alta, aunque no varían la mortalidad en comparación con otros servicios hospitalarios en los que el anciano puede ingresar por enfermedad aguda<sup>2</sup>. También la intervención geriátrica intensiva durante la fase aguda de la fractura de cadera ha demostrado reducir las complicaciones y la mortalidad intrahospitalaria sin aumentar la estancia media de los enfermos<sup>3,4</sup>. No hay evidencia de beneficio

funcional significativo cuando la intervención geriátrica se reduce a la fase aguda. Y tampoco hay evidencia clara de si algún modelo concreto de rehabilitación aporta mayores beneficios psicosociales y funcionales a largo plazo<sup>4-6</sup>. Determinados planes funcionales de intervención geriátrica, es decir intervenciones sistematizadas y multidisciplinares en ancianos de riesgo hospitalizados son también beneficiosas en la prevención de complicaciones severas como el delirium o la pérdida de capacidad funcional<sup>7,8</sup>; o intervenciones sencillas durante el ingreso, dirigidas a mejorar los cuidados transicionales que han conseguido que mayor número de pacientes vuelvan a su domicilio y disminuya la tasa de reingresos y utilización de los servicios de urgencias tras el alta<sup>9</sup>. En los últimos años también se han publicado estudios sobre planes de intervención en urgencias<sup>10,11</sup> —o programas de monitorización y control domiciliario en pacientes con una determinada patología.

Existen también programas preventivos desarrollados en la comunidad para ancianos frágiles o de riesgo llevados a cabo por especialistas en geriatría que consiguen disminuir la progresión de la discapacidad<sup>12</sup> o prevenir las caídas<sup>13</sup>, y estudios sobre implementación de los programas de prevención de caídas en la práctica clínica diaria y con beneficios mantenidos a largo plazo<sup>14</sup>.

Todos los modelos asistenciales dirigidos al anciano anteriormente descritos y, otros no descritos aquí pero que también han demostrado aportar beneficios con respecto a los cuidados tradicionales, tienen en común algunos aspectos importantes: son llevados a cabo por equipos multidisciplinares liderados por un especialista en geriatría y se basan en intervenciones intensivas realizadas por el propio equipo o supervisadas muy estrechamente por el mismo. Es decir, el equipo especialista en geriatría participa directamente en la toma de todas las decisiones claves para el tratamiento o manejo del anciano, al contrario que en otros modelos menos intensivos, basados en recomendaciones o educación únicamente y cuyos beneficios han sido mucho más pobres o inexistentes<sup>15,16</sup>. Hasta la fecha hay más evidencias en la literatura sobre el beneficio de la geriatría como especialidad, sobre intervenciones en la fase aguda de la enfermedad o intervenciones preventivas que sobre intervenciones continuadas en pacientes con enfermedades crónicas avanzadas, y los

Correo electrónico: mvidan.hgugm@salud.madrid.org

beneficios se centran sobre todo en la disminución de complicaciones, en prevenir el inicio o la progresión de la discapacidad y en mejorar la calidad de vida del anciano. No quiere decir esto que el manejo por un especialista no sea importante en la enfermedad crónica avanzada o terminal, sino que queda un extenso campo en el que desarrollar y evaluar los beneficios concretos de modelos de atención geriátrica especializada, especialmente en aquellas patologías más prevalentes e incapacitantes.

Necesitamos potenciar la investigación sobre intervenciones que mejoren significativamente la recuperación funcional a largo plazo tras fractura de cadera, sobre tratamientos que aporten beneficios clínicamente relevantes en el paciente con demencia, sobre planes asistenciales para disminuir el número de reingresos hospitalarios en pacientes con patologías crónicas como la insuficiencia cardíaca o el EPOC, o sobre métodos para mejorar la calidad de los cuidados en los pacientes con demencia avanzada u otras enfermedades terminales, por poner algunos ejemplos en las patologías habitualmente manejadas por equipos de geriatría y que probablemente más se beneficien de ello.

Otro aspecto muy importante a desarrollar es la investigación sobre resultados en salud, muy pobre hasta la fecha en nuestro país. El conocimiento de lo que realmente conseguimos con el cuidado asistencial que proporcionamos es imprescindible para la toma de decisiones clínicas, para mejorar la calidad asistencial y para guiar las decisiones en política sanitaria. Si no medimos los resultados no somos conscientes de la inmensa variabilidad que existe, tanto en la forma de tratar una misma patología como en resultados clave como puede ser la tasa de mortalidad tras el ingreso por una misma enfermedad, entre hospitales o regiones. En Estados Unidos, desde hace unos años todos los hospitales que prestan servicios para ancianos enfermos con cobertura sanitaria del Medicare son evaluados y los resultados de esta evaluación, exhaustiva y rigurosa, llevada a cabo por proveedores de servicios expertos en investigación, se hacen públicos, con un análisis comparativo entre centros<sup>17</sup>. En estos informes se demuestra por ejemplo como la mortalidad ajustada por riesgo, a los 30 días de un infarto agudo de miocardio puede variar entre un 12 y un 24% dependiendo del hospital en el que ha sido tratado<sup>18</sup> o como la tasa de utilización de sondas nasogástricas en pacientes con demencia avanzada ingresados en residencias puede variar entre 10 y 100 por mil residentes en los distintos estados americanos, con la diferencia en costes económicos que esto supone y sin ninguna evidencia de que los resultados en términos de supervivencia o calidad de vida de estos pacientes sea distinta<sup>19</sup>.

La investigación sobre resultados y la comparación de estos resultados entre los distintos centros médicos que atienden pacientes con una misma patología permite descubrir áreas de mejora en las distintas fases del proceso asistencial y aspectos clave en el tratamiento a veces relacionados con la estructura o lugar en el que se presta asistencia o incluso con el parámetro que se mide como control de calidad. En este sentido un artículo reciente publicado por el Dr. Joseph Ross, geriatra en el Hospital Mount Sinai de Nueva York, demuestra como la mortalidad a los 30 días en las tres patologías más comunes en pacientes ingresados en Medicare, neumonía, insuficiencia cardíaca e infarto de miocardio, disminuye a medida que aumenta el volumen de enfermos vistos anualmente en el centro por esa patología, tras ajustar por distintas características del paciente y centro hospitalario<sup>20</sup>. Este descenso en la mortalidad asociado al volumen de casos, tiene un techo que en el caso del infarto es de 610 casos al año, en la insuficiencia cardíaca 500 y en la neumonía 210 casos anuales.

Este estudio por ejemplo, puede ayudarnos a decidir que una residencia de ancianos, aunque esté medicalizada, no es el mejor sitio para tratar a un anciano con neumonía, salvo que este sea el

deseo expreso del paciente (o de su familia si está incapacitado para decidir) tras conocer que en principio tendrá mayor riesgo de morir que si es trasladado a un hospital de alto volumen, o a decidir qué hospitales deberían tratar a los ancianos con insuficiencia cardíaca. Así, muchos otros estudios sobre resultados muestran evidencias científicas útiles para mejorar la calidad de cuidados en nuestros ancianos, sin ser privados de tratamientos beneficiosos, o ser sometidos a demasiado intervencionismo sin beneficio demostrado y, sobre todo, respetando siempre sus preferencias tras una correcta información.

En resumen, muchos modelos de asistencia geriátrica especializada han demostrado beneficio en distintos aspectos relevantes en la salud y bienestar del anciano. Sin embargo, la práctica clínica habitual en el cuidado del anciano sigue siendo muy variable, con escasa implementación de estos modelos beneficiosos y con consecuencias derivadas de esta variabilidad todavía desconocidas. Para poder mejorar la calidad de forma sostenible es imprescindible medir y evaluar adecuadamente los resultados de nuestras intervenciones, manteniendo una visión global del proceso asistencial.

## Bibliografía

1. Warshaw GA, Bragg EJ, Fried LP, Hall WJ. Which patients benefit the most from a geriatrician's care? Consensus among directors of geriatrics academic programs. *J Am Geriatr Soc.* 2008;56:1796-801.
2. Baztan JJ, Suárez-García FM, López-Arrieta J, Rodríguez-Manas 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.
3. Vidán M, Serra JA, Moreno C, Riquelme G, Ortiz J. Efficacy of a comprehensive geriatric intervention in older patients hospitalized for hip fracture: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53:1476-82.
4. Tinetti ME, Baker DI, Gottschalk M, Williams CS, Pollack D, Garrett P, et al. Home-based multicomponent rehabilitation program for older persons after hip fracture: a randomized trial. *Arch Phys Med Rehabil.* 1999;80:916-22.
5. Cameron ID, Handoll HH, Finnegan TP, Madhok R, Langhorne P. WITHDRAWN: Co-ordinated multidisciplinary approaches for inpatient rehabilitation of older patients with proximal femoral fractures. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;4:CD000106.
6. Crotty M, Unroe K, Cameron ID, Miller M, Ramirez G, Couzner L. Rehabilitation interventions for improving physical and psychosocial functioning after hip fracture in older people. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(1):CD007624.
7. Inouye SK, Bogardus Jr ST, Charpentier PA, Leo-Summers L, Acampora D, Holford TR, et al. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N Engl J Med.* 1999;340:669-76.
8. Vidán MT, Sánchez E, Alonso M, Montero B, Ortiz J, Serra JA. An intervention integrated into daily clinical practice reduces the incidence of delirium during hospitalization in elderly patients. *J Am Geriatr Soc.* 2009;57:2029-36.
9. Dedhia P, Kravet S, Bulger J, Hinson T, Sridharan A, Kolodner K, et al. A quality improvement intervention to facilitate the transition of older adults from three hospitals back to their homes. *J Am Geriatr Soc.* 2009;57:1540-6.
10. Hastings SN, Whitson HE, Purser JL, Sloane RJ, Johnson KS. Emergency department discharge diagnosis and adverse health outcomes in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2009;57:1856-61.
11. Wilber ST, Gerson LW, Terrell KM, Carpenter CR, Shah MN, Heard K, et al. Geriatric emergency medicine and the 2006 Institute of Medicine reports from the Committee on the Future of Emergency Care in the US health system. *Acad Emerg Med.* 2006;13:1345-51.
12. Gill TM, Baker DI, Gottschalk M, Peduzzi PN, Allore H, Byers A. A program to prevent functional decline in physically frail, elderly persons who live at home. *N Engl J Med.* 2002;347:1068-74.
13. Tinetti ME, Kumar C. The patient who falls: "It's always a trade-off". *JAMA* 2010;303:258-66.
14. Tinetti ME, Baker DI, King M, Gottschalk M, Murphy TE, Acampora D, et al. Effect of dissemination of evidence in reducing injuries from falls. *N Engl J Med.* 2008;359:252-61.
15. Cameron I, Crotty M, Currie C, Finnegan T, Gillespie L, Gillespie W, et al. Geriatric rehabilitation following fractures in older people: a systematic review. *Health Technol Assess.* 2000;4:i-iv. 1-111.
16. Elley CR, Robertson MC, Garrett S, Kerse NM, McKinlay E, Lawton B, et al. Effectiveness of a falls-and-fracture nurse coordinator to reduce falls: a randomized, controlled trial of at-risk older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2008;56:1383-9.

17. Hospital Compare. US Department of Health and Human Services, 2009. Disponible en: <http://www.hospitalcompare.hhs.gov/Hospital/Search/compareHospitals.asp>.
18. Krumholz HM, Normand SL, Spertus JA, Shahian DM, Bradley EH. Measuring performance for treating heart attacks and heart failure: the case for outcomes measurement. *Health Aff (Millwood)*. 2007;26:75–85.
19. Kuo S, Rhodes RL, Mitchell SL, Mor V, Teno JM. Natural history of feeding tube use in nursing home residents with advanced dementia. *J Am Med Dir Assoc*. 2009;10:264–70.
20. Ross JS, Normand SL, Wang Y, Ko DT, Chen J, Drye EE, et al. Hospital volume and 30-day mortality for three common medical conditions. *N Engl J Med*. 2010;362:1110–8.