



EDITORIAL

El reto de atender a los ancianos enfermos de la forma más eficiente: una obligación en tiempos de crisis

The challenge of caring for elderly patients more efficiently: an obligation in times of crisis

José Augusto García Navarro*

Geriatra, Gerente del Área Operativa, Grup Sagessa, Hospital Universitari Sant Joan de Reus, Reus, Tarragona, España

Los tiempos que actualmente vivimos, marcados por una grave crisis económica, pueden hacer que los servicios hospitalarios de geriatría sufran en los próximos años un impulso o retroceso. Eso depende de lo que podamos ofrecer desde ellos, y de que coincida con las necesidades que perciben los planificadores y gestores sanitarios.

Que la gestión de los ancianos complejos con enfermedad aguda en nuestros hospitales es, cuanto menos, mejorable, es una evidencia palpable por todos aquellos que trabajamos en el mundo sanitario (hospitalario o no). La presencia de ancianos enfermos en los servicios de urgencias, en las unidades de hospitalización médicas y quirúrgicas o en las consultas externas de nuestros hospitales es una realidad creciente y preocupante. Además, el manejo de estos pacientes en nuestro sistema sanitario es tanto peor cuanto más grave es el paciente (en términos de comorbilidad y dependencia). Y cada día nos vienen más graves.

Durante el año 2009, los mayores de 74 años causaron 1.179.943 altas en el sistema nacional de salud (24,7% del total) y 11.509.083 estancias hospitalarias (34,9% del total)¹. Para atender a esta demanda cada vez mayor, los hospitales han ido implementando diversos servicios de atención geriátrica (excepción hecha de algunas regiones que, aunque también han implementado medidas de corte geriátrico, huyen de la denominación "geriatría" con obsesión enfermiza²). La mayoría han optado por unidades geriátricas de agudos o por equipos interconsultores geriátricos, algunos integrados en servicios de medicina interna (siguiendo el modelo que adoptan, no lo olvidemos, un 15% de los servicios de geriatría en el Reino Unido³). Otros hospitales, en cambio, parecen inmunes a la realidad de una presión creciente de pacientes ancianos mal gestionados por las unidades clásicas de medicina.

En el presente número de la revista se publican dos artículos que demuestran una alta eficiencia en la provisión de cuidados a ancianos enfermos dentro de hospitales de agudos^{4,5}. Ambos son estudios de alta calidad metodológica (uno un metaanálisis que incluye 11 estudios aleatorizados y no aleatorizados casos-control y

el otro un estudio prospectivo cuasi-experimental de intervención aleatorizado) y con un resultado muy importante en la reducción de costes (en torno al 10%). El metaanálisis estudia el impacto de las unidades geriátricas de agudos (UGA) mientras que el estudio experimental estudia el impacto de una unidad ortogeriátrica (UOG) de agudos.

Ya sabíamos que la manera más eficaz de gestionar ancianos hospitalizados por enfermedad aguda son las UGA, al menos en términos de disminución del deterioro funcional al alta, y de una mayor probabilidad de regresar a domicilio tras la hospitalización⁶. Ahora también sabemos que las UGA son más baratas que los modelos de hospitalización convencional para los ancianos complejos con enfermedad médica aguda.

De igual manera, la intervención durante la fase aguda de especialistas en geriatría, coordinados o de forma conjunta con traumatología, para ancianos con fractura de cadera consigue beneficios funcionales y económicos^{7,8}. Y la fractura de cadera es la principal causa de ingreso en traumatología, causando en el año 2008 en España 47.308 ingresos hospitalarios con una edad media de 80,46 años⁹.

Surgen ante estas evidencias (tanto las UGA como la intervención durante el ingreso en ancianos con fractura de cadera son programas que lo hacen mejor y a menor coste) varias preguntas: ¿por qué no todos nuestros hospitales disponen de una UGA?, ¿por qué la dimensión de las UGA existentes no siempre es adecuada (en ocasiones son ridículamente pequeñas en comparación con las unidades de medicina interna del mismo hospital)?, ¿por qué los geriatras no siempre intervienen en ancianos hospitalizados con fractura de cadera? En resumen, ¿por qué se niega la intervención a muchos geriatras en los hospitales de agudos, a pesar de que los estudios reflejan un claro beneficio?

Desde mi punto de vista se limita la intervención de los geriatras en nuestros hospitales de agudos por razones de gestión y de presión.

Desde el punto de vista de la gestión, su utilidad es difícil de visualizar para la mayoría de gestores que están muy centrados en la eficiencia del proceso "hospitalización" medido en términos de estancia media (no mejoría funcional o institucionalización al alta) y utilizan herramientas que no tienen en cuenta la situación funcional o mental del paciente, o la mayor o menor carga de síndromes

* Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España.

Correo electrónico: jagarcia@grupsgessa.com

geriátricos (como el CMBD)¹⁰. Además, en la agenda de la planificación y gestión sanitaria no ocupa el primer lugar el manejo del enfermo anciano con enfermedad aguda o con fractura de cadera, sino la gestión de las listas de espera quirúrgicas o los programas de medicina altamente compleja (terciarismo), que tienen mucha mejor respuesta social. A la larga, la mayoría de gestores acaban por no apoyar de forma decidida su implantación, lo que es un factor importante para su fracaso¹¹.

De igual manera, y probablemente como principal causa de la difícil implantación de las UGA en nuestro sistema (y también de otras formas de intervención en Unidades de Agudos Quirúrgicas), se ha de considerar la resistencia interna ejercida por los grupos de presión del hospital, entre los que destacan algunos servicios médicos que se oponen de forma frontal, creyéndose los únicos garantes de una atención de calidad en todos los pacientes ingresados (incluidos los ancianos). El bloqueo a la creación de unidades "competidoras" es una manera cómoda de seguir garantizando una situación de poder dentro del hospital.

Por si fuera poco, algunos hospitales que sí tienen estos programas (UGA o intervención en ortogeriatría), tienen un número de camas muy reducido. Esto les plantea un problema en la selección de enfermos candidatos, que deberían ser cuidadosamente elegidos precisamente para adecuar un recurso escaso al paciente con más probabilidad de beneficio. Cuando no es así (por ejemplo se asignan pacientes desde el servicio de Urgencias con criterios de "cama libre", sin una selección adecuada del paciente), estos programas tienen dificultades para demostrar su beneficio. Acaban convirtiéndose en unidades de élite para sólo unos pocos afortunados (que pueden caer en ellas por azar) o unidades que no aportan nada especial respecto a otras unidades médicas del hospital al actuar sobre pacientes no bien seleccionados.

Ante este panorama y al contrario de lo que muchos pueden pensar, la crisis económica nos puede abrir caminos y ofrecer oportunidades a los geriatras en los hospitales. Ya sabemos que el principal factor que incrementa los costes en el sistema sanitario no es la edad, sino la tecnología y, sobre todo, la mala utilización de servicios¹². Además sabemos que el incremento de costes se produce sobre todo en el último año de vida¹³. En el momento actual de crisis económica, la geriatría está muy bien situada al ser una especialidad que no necesita del apoyo de tecnologías caras, que actúa en los últimos años de la vida y que sabe utilizar bien los recursos sanitarios (un ejemplo son los dos artículos mencionados publicados en este número de la revista).

Si está en el momento adecuado, sólo queda situarla de forma firme en el sitio adecuado: en los hospitales de agudos. Pero no de forma aislada, sino en clara interacción con el resto de servicios hospitalarios, yendo a buscar al paciente allí donde más problemas tiene el sistema para gestionar al anciano enfermo de forma proactiva y marcando claramente los criterios para utilizar los servicios.

Los servicios de geriatría que pretendan dar una respuesta adecuada deben actuar de forma proactiva sobre los ancianos que les ingresan y, por lo tanto, deben actuar en los servicios de Urgencias y en Atención Primaria (sin olvidar la subpoblación de ancianos que viven en residencias que suelen tener una atención muy deficiente). Hemos de trabajar con la Atención Primaria para actuar sobre la población de riesgo y evitar visitas repetidas a los servicios de Urgencias, estancias inadecuadas en nuestros hospitales e institucionalización precoz. De igual manera, no hemos de olvidar que los servicios de Urgencias están llenos de pacientes ancianos mal tratados por el sistema y son el inicio de muchos procesos de hospitalización innecesarios, que supondrán un verdadero calvario para el paciente, al verse sometidos a procesos diagnósticos y terapéuticos inadecuados, que cualquier geriatra (incluso los geriatras en formación) podría evitar fácilmente, pero para actuar en estos pacientes hay que ir a buscarlos proactivamente

a la Atención Primaria y a los servicios de Urgencia^{14,15}. No podemos seguir esperándolos en los "palacios de cristal" de nuestras UGA.

El criterio de utilización de los servicios sanitarios cada vez será más crucial en el futuro. Afortunadamente los geriatras somos expertos en la selección de pacientes candidatos a cada nivel asistencial. Ya nos enseñaron los padres de la geriatría inglesa que lo importante es la selección de la población diana para asignar el recurso adecuado¹⁶. Durante años hemos luchado tenazmente para evitar caer en actitudes nihilistas que infratrataban al anciano. Hoy día, nuestros hospitales nos brindan una enorme cantidad de recursos técnicos que hacen muy fácil caer en situaciones de encarnizamiento terapéutico o, cuando menos, sobretratar pacientes por encima de límites razonablemente éticos¹⁷. En esta utilización adecuada de recursos los geriatras hemos sido y debemos seguir siendo líderes para el resto del sistema.

Tres dimensiones clave para el desarrollo de la geriatría: recursos adecuados en los hospitales (y en la comunidad), selección proactiva de pacientes, y tratamiento adecuado. La primera dimensión depende del gestor. Las dos últimas no. Actuar de forma proactiva depende de nuestra actitud; hacerlo de forma adecuada, de nuestra aptitud.

No discutamos más de la utilidad de las UGA y otros programas de intervención en unidades de agudos quirúrgicas (como las UOG), sino por lo que en ellas atendemos y por cómo lo hacemos. Las tres dimensiones de la geriatría.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de morbilidad hospitalaria 2009. [consultado 23/3/2011]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p414&file=inebase&L=0>.
2. Medina Asensio J, Camaralles Guillem F, Serra Rexach JA, Zapatero Gaviria A, Fernández Miera MF, Fuertes Martín A, et al. (Grupo de expertos). Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y Recomendaciones. Madrid: informes, estudios e investigación. Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.
3. Conroy S, Cooper N. Acute Care of Elderly People. Good Practice Guides [consultado 22/2/2011]. Disponible en: http://www.bgs.org.uk/index.php?option=com_content&view=article&id=44:gpgacute&catid=12:goodpractice&Itemid=106.
4. Baztan JJ, Suárez-García FM, López-Arrieta J, Rodríguez-Mañas L. Eficiencia de las Unidades Geriátricas de Agudos: meta-análisis de estudios controlados, Rev Esp Geriatr Gerontol. 2011. doi:10.1016/j.regg.2011.02.005.
5. González Montalvo JI, Gotor Pérez P, Martín Vega A, Alarcón Alarcón T, Mauledón Álvarez de Linares LM, Gil Garay E, et al. La unidad de ortogeriatría de agudos. Evaluación de su efecto en el curso clínico de los pacientes con fractura de cadera y estimación de su impacto económico. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2011;46:193-9.
6. Baztan 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. 2010;340:c1718, doi:10.1136/bmj.c1718.
7. Khasraghi FA, Christmas C, Lee EJ, Mears SC, Wenz JF. Effectiveness of a multidisciplinary team approach to hip fracture management. J Surg Orthop Adv. 2005;14:27-31.
8. Miura LN, DiPiero AR, Homer LD. Effects of a geriatric-led hip fracture program: improvements in clinical and economic outcomes. J Am Geriatr Soc. 2009;57:159-67.
9. Instituto de Información Sanitaria. Estadísticas comentadas: la atención a la fractura de cadera en los hospitales del SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010 [consultado 23/1/2011]. Disponible en: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdhome.htm>.
10. Rozzini R, Sabatini T, Trabucchi M. Diagnosis related groups and hospital costs in elderly dependent patients. J Am Geriatr Soc. 2005;53:174.
11. Bradley EH, Webster TR, Baker D, Schlesinger M, Inouye SK, Barth MC, et al. Translating research into practice: speeding the adoption of innovative health care programs. The Commonwealth Fund, 2004. Disponible en: www.cmwf.org.
12. Bodenheimer T. High and rising health care costs. Part 1: Seeking and explanation. Ann Intern Med. 2005;142:847-54.
13. Bodenheimer T, Berry-Milett B. Follow the money-controlling expenditures by improving care for patients needing costly services. N Eng J Med. 2009;361:1521-3.

14. Salvi F, Morichi V, Grilli A, Giorgi R, De Tommaso G, Dessi-Fuigheri P. The elderly in the emergency department: a critical review of problems and solutions. *Intern Emerg Med*. 2007;2:292–301.
15. MacAdam M. Frameworks of integrated care for the elderly: a systematic review. CPRN research report 2008. Disponible en: <http://www.cprn.org/documents/49813.EN.pdf>.
16. Crome P. Geriatrics in Europe. En: Fillit HM, Rockwood K, Woodhose K, editores. *Brocklehursts textbook of geriatric medicine and gerontology*. Seventh edition. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2010.
17. Tamura KM, Covinsky KE, Chertow GM, Yaffe K, Landefeld CS, McCulloch CE. Functional status of elderly adults before and after initiation of dialysis. *N Eng J Med*. 2009;361:1539–47.