



EDITORIAL

Geriatría del presente

Geriatrics now

Joan Espauella Panicot* y Jordi Roca Casas

Unitat Integral de Geriatria, Consorci Hospitalari de Vic, Hospital de la Santa Creu, Vic, Barcelona, España

El objetivo más relevante de la atención geriátrica es asegurar que todos los ancianos reciban una atención de calidad y centrada en el paciente. Se entiende por atención centrada en el paciente la que es respetuosa y sensible con las preferencias, necesidades y valores del individuo y, asegura que las decisiones clínicas están guiadas por los valores del paciente^{1,2}.

Las organizaciones que proveen servicios de atención geriátrica en un territorio determinado deben preocuparse por obtener buenos resultados a nivel individual, a nivel poblacional (territorio de cobertura) y al menor coste posible. El reto económico nos lleva a priorizar las intervenciones que aportan más valor, entendiendo por valor en salud la relación entre resultados de salud obtenidos y el coste^{2,3}.

En el artículo de Baztan et al., en este número de *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, plantea 2 interrogantes muy importantes para la atención de los pacientes ancianos. En primer lugar, qué pacientes se van a beneficiar de la atención directa por equipos especializados de geriatría y, en segundo lugar, cómo nos organizaremos los hospitales del siglo XXI para atender un número creciente de personas ancianas⁴.

En otros sistemas de salud, también se han planteado los mismos dilemas y es muy interesante comparar estos resultados con los presentados por los directores de los programas de formación que se realizaron en Estados Unidos⁵. Los aspectos coincidentes son que en los hospitales los pacientes que más se benefician de ser atendidos por equipos de geriatría son los mayores o iguales de 85 años, que presentan complejidad clínica y que tienen una situación funcional con afectación moderada. Los aspectos discrepantes están en la atención de los pacientes con dependencia importante, en situación de final de vida y los que proceden de residencias geriátricas.

En una visión de territorio sabemos que los pacientes de edad avanzada, dependencia alta y en situación de final de vida, si no tienen sus necesidades cubiertas, hacen un alto consumo de recursos hospitalarios. En una visión de la unidad geriátrica de agudos, cuyo

principal resultado es la mejora funcional, estos pacientes podrían no ser los mejores candidatos a la intervención.

De todas formas, las revisiones que avalan los resultados de las unidades geriátricas de agudos no definen con exactitud las poblaciones que deben atender y, proponen como una prioridad de investigación el análisis del *case-mix* de estas unidades^{6–8}.

Este subgrupo de población puede obtener valor de la hospitalización en situación de crisis, en función de si tienen alternativas en un territorio determinado y de cómo son atendidos durante la hospitalización. Si en el contexto del ingreso se tiene en consideración la seguridad de los mismos para evitar la iatrogenia, se realiza una intensidad de intervención adecuada y una transición excelente al alta, el ingreso por una crisis aportará un posible ajuste de medicación, una adecuación de objetivos terapéuticos y una orientación para el manejo de la próxima crisis que pueda presentar. Este tipo de intervención aporta valor y, por lo tanto, la discusión en este punto no está en que es lo mejor, sino en cómo cada territorio resuelve las necesidades de atención de un determinado grupo poblacional.

En la mayoría de países de nuestro entorno la atención a los ancianos se realiza fundamentalmente por médicos de familia en el entorno comunitario y por médicos internistas en el entorno hospitalario. Por lo tanto, es imprescindible discutir el rol de los equipos de geriatría en este entorno con una importante población anciana y un escaso número de equipos especializados en geriatría, por lo que los equipos de geriatría deberán establecer en cada territorio estrategias de colaboración con estos⁹.

Los programas de atención geriátrica, utilizan varias estrategias para intervenir en el máximo número posible de ancianos. En los pacientes ancianos más vulnerables y en situación de crisis se propone que actúen directamente equipos especializados. Para los mismos pacientes en situación estable se proponen intervenciones compartidas. Otra posible estrategia es la participación de geriatras en diseño de los sistemas de salud. Será un tema relevante observar qué resultados comportarán las experiencias de enfermeras de práctica avanzada en geriatría.

Hay consenso en que los muy ancianos (igual o menores de 85 años) son un grupo poblacional creciente, con altas necesidades de atención sanitaria y social, alta frecuencia de condiciones geriátricas y con problemas clínicos prevalentes como la diabetes y la hipertensión arterial, que precisan de más estudios para establecer aspectos terapéuticos básicos¹⁰.

Véase contenido relacionado en DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2012.02.004>

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jespauella@hsc.chv.cat (J. Espauella Panicot).

El presente de los hospitales está condicionado por el incremento de pacientes con edad avanzada y por la necesidad de introducir en la práctica cotidiana los modelos asistenciales que demuestran mejora de los resultados en la atención de este grupo poblacional¹¹. Seguramente en los entornos que se adopten intervenciones múltiples se conseguirán mejores resultados, especialmente con modelos integrados y financiación per cápita. En el momento actual existe una variabilidad muy importante en las tasas de hospitalización por 1.000 habitantes y estas aún son más importantes en las personas mayores o iguales de 85 años. Esto demuestra que hay múltiples posibilidades de intervención¹². En algunas experiencias las tasas de hospitalización para mayores de 85 años se han utilizado como indicador de resultados de la implementación de programas de atención integrada¹³.

Las acciones que pueden desarrollar los hospitales de agudos, para atender mejor a los pacientes ancianos, algunas dependen de ellos mismos y otras van a precisar de alianzas estratégicas con otros proveedores del territorio, será interesante observar el futuro de los modelos de las ACO (*Accountable Care Organizations*) y que resultados proporcionan¹⁴. La llegada de los pacientes a los servicios de urgencias depende de cómo son atendidos en la comunidad y los reingresos dependen de cómo se gestionó el alta y de cómo fueron atendidos en su entorno. Los dispositivos de atención geriátrica deben participar en desarrollar programas que permitan disminuir los ingresos evitables con intervenciones comunitarias en domicilio y en residencias geriátricas, hay que intervenir en los servicios de urgencias, disponer de unidades geriátricas de agudos y efectuar la transición de los pacientes a su entorno o a recursos de atención intermedia de forma excelente¹⁵⁻¹⁸.

Bibliografía

- Besdine R, Boulton C, Brangman S, Coleman EA, Fried LP, Gerety M, et al. Caring for older Americans: the future of geriatric medicine. American Geriatrics Society Task Force on the Future of Geriatric Medicine. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53 Suppl. 6:S245-56.
- Reuben DB, Tinetti ME. Goal-oriented patient care. An alternative health outcomes paradigm. *N Engl J Med.* 2012;366:777-9.
- Porter ME. A strategy for health care reform. Toward a value-based system. *N Engl J Med.* 2009;361:109-12.
- Baztán Cortés JJ, Vidán Astiz MT, López-Dóriga P, Cruz-Jentoft AJ, Petidier Torregrosa R, Gil Gregorio P, et al. ¿Qué pacientes se benefician más de la atención geriátrica hospitalaria? *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2012. doi:10.1016/j.regg.2012.02.004.
- 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.
- Ellis G. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ.* 2011;343:d6553.
- Baztán JJ, Suárez-García FM, López-Arrieta J, Rodríguez-Mañas L, Rodríguez Artaejo 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.
- 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.
- Callahan CM, Weiner M, Counsell SR. Defining the domain of geriatric medicine in an urban public health system affiliated with an academic medical center. *J Am Geriatr Soc.* 2008;56:1802-6.
- Yoshikawa TT. Future direction of geriatrics: gerogeriatrics. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60:632-4.
- Boulton C, Green AF, Boulton LB, Pacala JT, Synder C, Leff B. Successful models of comprehensive care for older adults with chronic conditions: evidence for the institute of medicine's Retooling for an aging america report. *J Am Geriatr Soc.* 2009;57:2328-37.
- Suárez García FM, Jiménez Torres P, Peiró S, Bernal-Delgado E, Rídao M, Martínez-Lizaga N, et al. Variabilidad en las hospitalizaciones de las personas mayores en el sistema nacional de salud. Atlas de variaciones en la práctica médica. 2010;4:299-313.
- Ham C, Curry N. Integrated care. What is it? Does it work? What does it mean for the NHS? The King's fund. 2011.
- Walker J, McKethan A. Achieving accountable care. It's not about the bike. *N Engl J Med.* 2012;366:107-8.
- Díaz-Gegúndez M, Paluzie G, Sanz-Ballester C, Boada-Mejorana M, Terre-Ohme S, Ruiz-Poza D. Evaluación de un programa de intervención en residencias geriátricas para reducir la frecuentación. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2011;46:261-4.
- Alonso Bouzon C, Petidier Torregrosa R, Marín Larrain PP, Rodríguez Manas L. Efectividad de la revaloración de ingresos de pacientes con mala situación funcional. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2010;45:19-21.
- García Navarro JA. Unidades de agudos de geriatría: todavía queda camino por recorrer. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2007;42:199-200.
- Cornwell J, Levenson R, Sonola L, Potelikhoff E. Continuity of care for older patients. A call for action. The King's Fund. 2012.