

## Los problemas de interpretación de los estudios cualitativos: a propósito de un caso y de un editorial

### *The problems in interpreting qualitative studies: Presentation of a case and an editorial*

Sr. Editor:

Hemos leído con sumo interés el artículo de Baztán et al.<sup>1</sup> publicado en el número 5 de la *Revista Española de Geriátría y Gerontología* (REGG), así como el comentario editorial que lo acompaña<sup>2</sup>. En los estudios que utilizan métodos de investigación cualitativa, como es el caso, hay 2 momentos cruciales especialmente proclives a la aparición de problemas: la confección del cuestionario y la interpretación de sus resultados. Ambos problemas parecen haberse hecho presentes con dispar intensidad tanto en el original como en el comentario editorial.

En el trabajo de Baztán et al., las preguntas interrogaban sobre «¿qué pacientes mayores de 75 años crees o te gustaría que fueran prioritarios a la hora de...?». Así planteada la cuestión, nos encontramos con 2 hechos evidentes que habrá después que tener en consideración a la hora de interpretar los datos: a) Por un lado, de partida se excluye a la población entre 65-75 años, sin origen aparente. Cabe aquí recordar que en el metaanálisis publicado por Baztán et al. en 2009<sup>3</sup>, en el que se demostraba el beneficio de las Unidades de Agudos, la edad media de los sujetos incluidos en los estudios se ubicó alrededor de los 80 años, con unas edades basales para el reclutamiento entre los 65 y los 75 años; y b) la pregunta no hace referencia a si el que responde cree que tal tipo de paciente se beneficia de la intervención, sino cuál es el que más se beneficia, cuál es el paciente prioritario. Es como si a un cardiólogo le preguntasen sobre cual paciente se beneficia más, uno con infarto agudo de miocardio u otro con una insuficiencia cardíaca. En ningún caso debiera colegirse de su respuesta que el señalado como menos prioritario no se beneficia de su intervención, sino que lo hace en un menor grado... y aún así sería discutible. Pues en nuestro estudio ocurre lo mismo respecto a la edad y las características de los pacientes. Y aunque este matiz se insinúa en la discusión de los autores del manuscrito (que empieza afirmando que muchos de los criterios fueron categorizados por los encuestados como prioritarios o muy prioritarios), es absolutamente obviado en el editorial, donde todas las referencias a la edad se colocan en los 85 años. Más aún, en el tercer párrafo el editorial afirma que una de las 2 cuestiones planeadas por Baztán et al. es «en primer lugar, qué pacientes se van a beneficiar de la atención directa por los equipos especializados de Geriátría». No quienes son los que más se benefician, sino los que se benefician. Este matiz no es secundario, sino que afecta al núcleo de la discusión. Pero, la cuestión va más allá cuando se afirma que «las revisiones que avalan los resultados de la Unidades Geriátricas de Agudos no definen con exactitud las poblaciones que deben atender...». Tenemos delante la tabla del trabajo de Baztán et al. (uno de los citados por los editorialistas como avaladores de su afirmación) y, en nuestra opinión, las características de la población están razonablemente bien definidas, igual que lo están las intervenciones (que, por cierto, no son exactamente las que el editorial comenta en su siguiente párrafo). Siempre se puede ser más exhaustivo, pero en la tabla (y en el texto que lo complementa) se describen razonablemente bien unas (población) y otras (intervenciones). Lo que no obsta para que los autores del metaanálisis acaben afirmando que queda mucho camino por recorrer en un intento de definir aún mejor las características de los pacientes que se benefician.

Otra afirmación discutible es la que dice que «En la mayoría de los países de nuestro entorno la atención a los ancianos se realiza fundamentalmente por médicos de familia en el ámbito comunitario y por médicos internistas en el entorno hospitalario», «... por lo

que los (escasos) equipos de geriatría deberán establecer en cada territorio estrategias de colaboración con estos». En primer lugar, en muchos países de nuestro entorno, concretamente aquellos que inventaron y desarrollaron la geriatría, el especialista que atiende de manera mayoritaria a los ancianos en los hospitales es el geriatra. Y no parece que lo hayan hecho mal. Junto a revisiones sistemáticas que concluyen que todos (sin límite de edad) los pacientes ancianos frágiles deben disponer de camas específicas donde ser apropiadamente evaluados en los llamados hospitales de agudos<sup>4,5</sup>, un reciente editorial del *BMJ* establece la opción de que, junto a los Servicios de Geriátría disponibles en todos los Hospitales de Agudos, debieran existir geriatras en aquellos servicios (médicos y quirúrgicos) que atiendan mayoritariamente ancianos<sup>6</sup>. Esto es, mientras aquí discutimos aún como le dejamos un huequito a la geriatría y a los geriatras en la ordenación de la atención sanitaria a los ancianos, en otras partes del mundo con amplísima experiencia sobre esta cuestión, se está dando ya el «sorpaso» y, sin «ambages», se recomienda desde el editorial de una revista de medicina justo lo contrario de lo que parece recomendarse desde la REGG: que los geriatras no solo estén en sus departamentos y servicios hospitalarios, sino que además se expandan por otros departamentos y servicios dentro de la organización hospitalaria. Más aún, en el aparente «*sancta sanctorum*» de la medicina moderna, los Estados Unidos de Norteamérica, se levantan voces muy autorizadas que abogan directamente por introducir cambios sustanciales en su sistema sanitario e incrementar sustancialmente el número de especialistas en Geriátría, reclamando la necesidad de incorporar en él a 26.000 geriatras para cuidar a los ancianos (sin límite de edad) con múltiples enfermedades y fragilidad en los diferentes escenarios de atención. Y como parten de una cifra muy inferior (7.000), en lugar de aceptar un papel secundario y subordinado de la geriatría a otras especialidades que hoy atienden a estos pacientes, plantean varias opciones para alcanzar la cifra de médicos formados en geriatría que se necesitarán en 2030<sup>7</sup>.

Así pues, las conclusiones derivadas del estudio de Baztán et al., con todas las precauciones derivadas de una investigación cualitativa, no fundamentan muchas de las afirmaciones vertidas en el Editorial que lo comenta, ni muchas de dichas afirmaciones se compadecen, a nuestro juicio, con las conclusiones que se derivan de los principales estudios realizados sobre los modelos de organizar la atención geriátrica, sus protagonistas y sus resultados. Que los pacientes mayores de 85 años con algún deterioro funcional sean los que más se benefician de la atención geriátrica hospitalaria, en opinión de un reducido grupo de geriatras consultado, no excluye que los de más de 70-75 años sin deterioro funcional y en riesgo de padecerlo (la mayoría de los pacientes frágiles) no se beneficien también<sup>8</sup>. Todos ellos debieran, a la luz de las evidencias científicas hoy disponibles, ser atendidos por especialistas en Geriátría. No sea que por atender «infartos de miocardio», acabemos no atendiendo «insuficiencias cardíacas», privando a una enorme cantidad de ancianos de nuestra demostrada eficacia diferencial respecto a otros especialistas en la prevención y tratamiento de la discapacidad y a los Sistemas de Salud de nuestra demostrada eficiencia diferencial respecto a otros modelos de atención.

Sería bueno que los geriatras españoles fuéramos abandonando una de nuestras más acendradas costumbres: pegarnos tiros en los pies. Otros colegas, con menos munición y de peor calidad, la utilizan para otros menesteres. Pensemos, si no, en la recientemente presentada Estrategia Nacional para la atención a la cronicidad. Un nuevo alegato dirigido a la necesidad de reorientar el sistema para atender a pacientes con pluripatología crónica, con tendencia a la incapacidad y mayoritariamente ancianos. Y nuevamente se utilizan argumentos «añejos» respecto de la Geriátría para justificar nuestra marginalidad y avalar la extraordinaria preparación de otras disciplinas para atender este tipo de «clientes». Continuamos perdiendo oportunidades de reorientación real, de aplicación sin-

cera de la evidencia científica. Teniendo de nuestro lado una parte no menor de la verdad científica, seguimos cediendo, y los pacientes sufriendo, frente a intereses corporativos. De otros.

## Bibliografía

- Baztán JJ, Vidán MT, López-Dóriga P, Cruz-Jentoft AJ, Petidier R, Gil P, et al. ¿Qué pacientes se benefician más de la atención geriátrica hospitalaria en opinión de los especialistas en Geriátrica? Rev Esp Geriatr Gerontol. 2012;47:205-9.
- Españuela J, Roca J. Geriátrica del presente. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2012;47:189-90.
- 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.
- Ellis G, Whitehead MA, Robinson D, O'Neill D, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospitals: meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ. 2011;343:d6553.
- Ellis G, Whitehead MA, O'Neill D, Langhorne P, Robinson D. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. Cochrane Database Syst Rev. 2011:CD006211.
- Temple RM, Kirthi V, Patterson LJ. Is it time for a new kind of hospital physician? The changing demography requires current models of inpatient care to evolve. BMJ. 2012;344:e2240.
- Leipzig RM, Hall WJ, Fried LP. Treating our societal scotoma: The case for investing in Geriatrics, our nation's future, and our patients. Ann Intern Med. 2012;156:657-9.
- Rodríguez-Mañas L, Féart C, Mann G, Viña J, Chatterji S, Chodzko-Zajko W, et al., on behalf of the FOD-CC group (Appendix 1). Searching for an Operational Definition of Frailty: A Delphi Method Based Consensus Statement. The Frailty Operative Definition-Consensus Conference Project. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2012;68:62-7.

Leocadio Rodríguez Mañas<sup>a,\*</sup> y Juan José Solano Jaurrieta<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Geriátrica, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Geriátrica, Hospital Monte Naranco, Oviedo, Asturias, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lrodriguez.hugf@salud.madrid.org

(L. Rodríguez Mañas).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2012.11.004>

## Evidencia versus pragmatismo en la planificación asistencial

### Evidence versus pragmatism in health care planning

Sr. Director:

En relación con nuestro trabajo publicado en la *Revista Española de Geriátrica y Gerontología* (REGG)<sup>1</sup> y la reflexión suscitada sobre lo en el expresado, quisiéramos participar en este debate abierto con algunos comentarios.

En primer lugar, estamos de acuerdo, que en términos científicos la opinión de expertos (marco en el que se podría incluir los resultados de nuestra encuesta) tiene un valor menor frente a los datos procedentes de ensayos clínicos y metaanálisis. En este sentido, la planificación asistencial de calidad es aquella que se basa en la mejor evidencia científica disponible. Dicho de otra manera, a día de hoy sabemos que todo anciano frágil ingresado en un hospital se beneficiaría de la valoración y atención en una unidad geriátrica especializada, como concluía la revisión sistemática de Ellis et al.<sup>2,3</sup>. La discusión radica en cómo alcanzar este objetivo en la práctica.

Una clave para la planificación de las necesidades de los recursos geriátricos es definir el paciente diana. De los 5 ensayos clínicos publicados para evaluar la eficacia y eficiencia de las unidades geriátricas de agudos, en 4 el criterio de selección fue tener 70 o más años y presentar una afección médica aguda que no requiriera unidades especializadas (generalmente unidades coronarias y cuidados intensivos básicamente)<sup>4</sup>. Este sería un objetivo de «máximos»: facilitar el acceso a las unidades geriátricas a toda la población por encima de esa edad. Trasladando este objetivo a la práctica asistencial actual basándose en los datos de la última Encuesta de Morbilidad Hospitalaria publicada de 2010<sup>5</sup> donde uno de cada 4 pacientes que ingresan en los hospitales españoles tienen 75 o más años y generan un total de 8.051.595 estancias médicas (70% del total de las estancias de este grupo de población), supondría la necesidad de disponer de 22.000 camas de geriatría y, en consecuencia, de la disponibilidad de al menos 2.200 especialistas para su atención. Circunscritas estas necesidades a la Comunidad de Madrid (ámbito al que se refería el Plan Estratégico en el que se enmarcaba nuestro estudio), se requerirían al menos 300 geriatras solo para la atención de los mayores de 75 años hospitalizados por afección médica en unidades geriátricas de agudos (sin contar la atención

a pacientes con fracturas de cadera, otras afecciones quirúrgicas y los ingresado en unidades de media y larga estancia).

Sin embargo, hay 2 cuestiones relacionadas entre sí que pueden matizar estas necesidades. La primera es de índole práctico y la segunda de índole científico. Por un lado, la realidad asistencial en la Comunidad de Madrid, para la que se intentaba diseñar un plan a corto plazo (para los años 2011-2014), mostraba que la dotación de unidades geriátricas hospitalarias especializadas solo estaban presentes en 6 hospitales (25% del total de la comunidad) donde trabajaban 57 especialistas en geriatría, existiendo otros 36 especialistas que realizaban su labor en otros 11 hospitales de agudos sin unidades de geriatría. Por otro lado, y desde el punto de vista científico, el metaanálisis de Ellis et al. concluía que «aunque la cuestión acerca de dónde deben ser tratados los pacientes ancianos hospitalizados parece relativamente clara», la cuestión de «quiénes son los pacientes óptimos» para ser tratados en unidades geriátricas (si todos los pacientes mayores de cierta edad o bien los que presentan necesidades específicas derivados de la presencia, por ejemplo, de síndromes geriátricos clásicos, deficiencia funcional, etc.) aún no se ha dilucidado<sup>6</sup>. En este contexto, manteniendo como objetivo prioritario de implantación (recomendación grado A) el desarrollo de unidades geriátricas y ortogerátricas de agudos<sup>7</sup>, se intentó establecer de forma añadida algún criterio de selección de pacientes uniforme pero flexible que ayudara a disponer una población diana «abarcable y adaptada» en función de los recursos geriátricos especializados existentes (en muchos casos, sin unidades geriátricas e incluso en algunos auténticas «unidades» o parejas de geriatras dentro de su hospital). Para ello nos pareció razonable recopilar la opinión de todos los especialistas hospitalarios según su experiencia de implantación en ámbitos con recursos geriátricos especializados muy heterogéneos.

Este fue el objetivo del estudio publicado, para el que nos basamos en el cuestionario realizado entre los directores de programas docentes de geriatría de EE. UU., donde la disponibilidad de geriatras hospitalarios en relación con los deseables también era deficitaria, no llegando al 30% de los necesarios (como en nuestro entorno)<sup>8</sup>. En dicho cuestionario incluían como punto de corte de edad cronológica los 75 y más años, que justificó que nosotros optáramos por este límite de edad. El resto de las características encuestadas definen el perfil del anciano más vulnerable (aproximadamente el 30% de la población mayor) y que abarcan desde los