

Unidades de agudos de geriatría: todavía queda camino por recorrer

José Augusto García Navarro

Área Operativa del Grup Sagessa.
Hospital Universitari de Sant Joan de Reus. Reus (Tarragona). España.

No existe ningún geriatra en nuestro país que no sepa lo que es una unidad de agudos de geriatría (UGA). Algunos trabajan en ellas, muchos las han conocido en su formación hospitalaria y la mayoría las anhela en su práctica diaria. De forma unánime, los geriatras las defienden como un recurso asistencial necesario en todas las áreas sanitarias, y un gran grupo de geriatras defiende que son la puerta de entrada para una provisión adecuada de servicios sanitarios al anciano enfermo. En el subconsciente de muchos geriatras se establece la clasificación de servicios de primera y segunda categorías por la existencia o no de estas unidades.

La realidad es diferente y sólo un 10% de los hospitales españoles dispone de una UGA^{1,2}. Uno se pregunta qué es lo que tienen las UGA que son tan defendidas por los geriatras y tan poco reconocidas por la Administración. ¿Puede que no sean servicios tan eficaces y eficientes como señalan los geriatras? O ¿los gestores sanitarios, presionados por el coste económico de los servicios y otras preocupaciones como las listas de espera quirúrgicas, dejan en un segundo plano la calidad de la atención que reciben los ancianos hospitalizados? La respuesta a estas preguntas se encuentra en la propia naturaleza de las UGA. Son unidades de excelencia que deben actuar como una parte de un sistema integral de provisión de cuidados al anciano.

Las UGA son buenas, pero pueden no ser imprescindibles para el planificador sanitario. La excelente revisión de González-Montalvo et al³, que se publica en este número de la revista, pone de manifiesto una disminución de la estancia media en los ancianos hospitalizados en UGA, especialmente en los mayores de 80 años y, probablemente también, una mejoría de la situación funcional del paciente y una disminución del ingreso en residencias de ancianos⁴⁻⁹. Pero las UGA no son un recurso sustitutivo de la hospitalización por enfermedad médica aguda en camas de medicina general. Los ancianos que viven en áreas sanitarias sin UGA también son atendidos si tienen una enfermedad médica aguda, pero peor. La diferencia, por lo tanto, es de calidad: las UGA no cubren una nece-

sidad existente, sino que la cubren mejor. Ésta es una consecuencia lógica de la especialización de los profesionales que en ellas trabajan y que están preparados para atender a ancianos «complejos», con fuerte comorbilidad y deterioro funcional. Pero también es una consecuencia esperable por el tipo de intervención que en ellas se realiza y que se basa en cuatro principios: valoración geriátrica integral, trabajo en equipo interdisciplinario, revisiones periódicas y planificación del alta. Nuestro esfuerzo como geriatras debería dirigirse a intentar homogeneizar la intervención que realizamos en las UGA para buscar los modelos más eficaces desde un punto de vista clínico, no a demostrar su utilidad.

Las UGA tienen su máxima eficacia cuando se coordinan de forma eficaz con otros recursos de atención geriátrica¹⁰. Cuando se trata de atender a pacientes frágiles, con comorbilidad importante y diversos grados de dependencia, la UGA es sólo una parte de la solución. La enfermedad aguda grave es una situación catastrófica para un anciano en términos de pérdida funcional y de mortalidad, como señalan los estudios de Abizanda Soler et al¹¹ y de Ramos Cortés et al¹² publicados en este número de la revista. Antes de llegar a esta situación catastrófica, es necesario establecer un seguimiento del paciente anciano en la comunidad a través de los servicios de atención primaria y de los recursos geriátricos ambulatorios. Después del ingreso en la UGA, muchos ancianos necesitarán recuperación funcional en unidades específicas. Nuestro sistema sanitario actúa muchas veces de forma pasiva-reactiva: de forma pasiva, espera la situación más aguda y grave para actuar a través de una hospitalización, y de forma reactiva, se preocupa de expulsar al paciente del hospital sin darle recursos de recuperación al alta. Las UGA están muy presionadas por este comportamiento: atienden a pacientes muy complejos clínicamente y con gran dependencia, a la vez que luchan por ubicarlos fuera del hospital, a veces sin recursos razonables de recuperación y seguimiento al alta. El enfoque es incompleto si orientamos las UGA como meras unidades de tratamiento de pacientes con pluripatología y no incorporamos el control previo en ancianos frágiles y con co-

morbilidad en la comunidad y la recuperación funcional tras el ingreso en agudos. La UGA es una parte del sistema, no el sistema.

Las UGA deben restringirse en su uso a pacientes graves con posibilidades de recuperación. Éste es uno de los principios básicos de las intervenciones geriátricas, ya señalado hace más de una década¹³. La mayoría de las UGA de nuestro país actúa sobre ancianos con enfermedad aguda sin una selección previa realizada por un especialista en geriatría. En la práctica, en muchas UGA ingresan pacientes derivados desde los servicios de urgencias por criterios administrativos de dudosa eficiencia —se tienden a llenar las camas vacías del hospital—. En muchos casos, además, los ingresos en las UGA son un ejemplo claro de selección adversa: se ingresa a los pacientes más graves, tengan o no posibilidad de recuperación y necesiten o no una intervención geriátrica posterior. La selección de los pacientes candidatos influye decisivamente en el rendimiento asistencial de las UGA y se debería convertir en el principal caballo de batalla de los geriatras que trabajan en estas unidades. La diferencia en la mortalidad hospitalaria en los trabajos de Abizanda Soler et al y de Ramos Cortés et al publicados en este número de la revista (el 9,6 frente al 22,9%) sólo puede deberse a una divergencia notable en los criterios de selección^{11,12}. Hasta que sea posible una selección más adecuada, es necesario que la evaluación de los resultados de estas unidades se ajuste teniendo en cuenta la situación funcional al ingreso, la comorbilidad, la existencia de complicaciones y de otros síndromes geriátricos y la necesidad de soporte social.

En la naturaleza de las UGA está la respuesta. Son unidades que vienen a hacer mejor lo que ya se hace, y que encuentran su máximo potencial si se dirigen a pacientes con posibilidades de recuperación en el marco de un sistema integral de atención al anciano, que contemple intervención en la comunidad y capacidad de prestar servicios para la recuperación funcional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez Pavón FJ, Ruipérez Cantero I, Rodríguez Valcarce A, Rodríguez Solís J, González Guerrero JL, Maturana Navarrete N. Nivel de adecuación de los recursos geriátricos en los hospitales generales españoles: período 2003-2005. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2006;41:77-80.
2. Baután JJ, Suárez F, García FJ. Informe sobre la necesidad de unidades de agudos y unidades geriátricas de recuperación funcional como parte de los recursos hospitalarios especializados para personas mayores. Madrid: SEMEG; 2004.
3. González Montalvo JI, Baután Cortés JJ, Alarcón Alarcón T, Bárcena Álvarez A. Resultados asistenciales de las unidades geriátricas de agudos. Revisión sistemática. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2007;42:240-50.
4. Landefeld CS, Palmer RM, Kresevic DM, Fortinsky RH, Kowal J. A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. *N Engl J Med.* 1995;332:1338-44.
5. Covinsky KE, King JT, Quinn L, Siddique R, Palmer R, Kresevic DM, et al. Do acute care for elders units increase hospital costs? A cost analysis using the hospital perspective. *J Am Geriatr Soc.* 1997;45:729-34.
6. Palmer R, Counsell S, Landefeld CS. Clinical interventions trials. *Clin Geriatr Med.* 1998;14:831-49.
7. Palomera García M, Domingo García V, Vega Pérez MP, García Hervias E, González Lahera B, Ruipérez Cantero I. Valoración de eficiencia y eficacia de una unidad geriátrica de agudos. Estudio prospectivo, aleatorio y controlado. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 1997;32 Supl 1:42.
8. Asplund K, Gustafson Y, Jacobsson C, Buche G, Wahlin A, Peterson J. Geriatric-based versus general wards for older acute medical patients: a randomized comparison of outcomes and use of resources. *J Am Geriatr Soc.* 2000;48:1381-8.
9. Counsell SR, Holder CM, Liebenauer LL, Palmer R, Fortinsky RH, Kresevic DM. Effects of a multicomponent intervention on functional outcomes and process of care in hospitalized older patients: a randomized controlled trial of acute care for elders (ACE) in a community hospital. *J Am Geriatr Soc.* 2002;50:792-8.
10. Reuben DB. Organizational interventions to improve the health outcomes of older persons. *Med Care.* 2002;40:416-28.
11. Abizanda Soler P, León Ortiz M, Romero Rizos L, Sánchez Jurado PM, Luengo Márquez C, Domínguez Martín L, et al. La pérdida funcional al ingreso, principal variable explicativa de discapacidad y mortalidad al alta y al mes en ancianos hospitalizados. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2007; 42:201-11.
12. Ramos Cortés MR, Romero Pisnero E, Mora Fernández J, Silveira Guijarro LJ, Ribera Casado JM. Análisis de mortalidad tras el ingreso en una unidad de agudos de geriatría: influencia de la dependencia funcional. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2007;42:212-7.
13. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet.* 1993;342:1032-6.