

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^{a,*} y Juan José Solano Jaurrieta^b

^a Servicio de Geriátrica, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España

^b 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)¹ 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.^{2,3}. 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)⁴. 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 2010⁵ 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 enmarca 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»⁶. En este contexto, manteniendo como objetivo prioritario de implantación (recomendación grado A) el desarrollo de unidades geriátricas y ortogerátricas de agudos⁷, 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)⁸. 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

que presentan comorbilidad compleja, o fragilidad con o sin discapacidad, hasta (en último término) los que requieren atención al final de la vida⁹. En toda esta variedad de escenarios, la intervención geriátrica especializada obtiene beneficios y en tanto no se reorganicen los cuidados hospitalarios para cubrir adecuadamente las necesidades de todos estos pacientes existirá un importante campo de mejora en la calidad asistencial hospitalaria. Como reconocía Ellis en un editorial también publicado en REGG (número 3, 2012) «la organización de los cuidados del anciano vulnerable no es simplemente una prioridad, sino que es la prioridad al inicio del siglo XXI»³ y, por tanto, el debate y la divulgación de conocimientos científicos es más necesaria que nunca.

Bibliografía

1. 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 Geriatria? Rev Esp Geriatr Gerontol. 2012;47:205-9.
2. 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.
3. Ellis G. Mayores en el hospital. Beneficios de hacer lo correcto y consecuencias de no elegir hacer lo correcto. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2012;47:91-2.
4. 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.
5. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de morbilidad hospitalaria 2010 [consultado 20 Nov 2012]. Disponible en: http://www.ine.es/inebmenu/mnu_salud.htm
6. 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.
7. Fox MT, Persaud M, Maimets I, O'Brien K, Brooks D, Tregunno D, et al. Effectiveness of acute geriatric unit care vs acute care for elders components: a systematic review and meta-analysis. J Am Geriatr Soc. 2012;60:2237-45.
8. 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.
9. Fried LP, Hall WJ. Leading on behalf of an aging society. J Am Geriatr Soc. 2008;56:1791-5.

Juan José Baztán Cortés^{a,*}, Maite Vidán Astiz^b
y Pedro López-Dóriga^c

^a Servicio de Geriatria, Hospital Central de la Cruz Roja, Madrid, España

^b Servicio de Geriatria, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^c Servicio de Geriatria, Hospital Fuenfría, Cercedilla, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jbaztan.hccruz@salud.madrid.org
(J.J. Baztán Cortés).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2012.12.001>