



EDITORIAL

La geriatría ante el reto de construir un nuevo relato de futuro



Geriatrics and the challenge of facing our future

Miquel Àngel Mas^{a,*} y Jordi Amblàs-Novellas^{b,c,d}

^a Servicio de Geriatría y Cuidados Paliativos, Badalona Serveis Assistencials, Badalona, Cataluña, España

^b Unidad Territorial de Geriatría y Cuidados Paliativos, Consorci Hospitalari de Vic/Hospital Universitari de la Santa Creu de Vic, Vic, Cataluña, España

^c Centro de Estudios Sociales y Sanitarios (CESS), Cátedra de Cuidados Paliativos, Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya, Vic, Cataluña, España

^d Facultad de Medicina, Universitat de Girona, Girona, Cataluña, España

Desde su nacimiento, la geriatría ha tenido la necesidad de reflexionar sobre su presente y futuro como probablemente ninguna otra especialidad^{1,2}. Sin embargo, es complicado dilucidar si esta reflexión es inherente a una crisis de crecimiento propia de una especialidad relativamente joven o, por el contrario, está condicionada por el sentimiento de amenaza hacia un grupo minoritario. La realidad es que, a lo largo de los últimos meses, este tema ha sido nuevamente motivo de discusión. En este sentido hemos seguido con especial interés el debate sobre el futuro de nuestra especialidad, que han hecho renacer tanto Tinetti³ como Kane et al.⁴. En sus respectivos artículos se pone de relieve la actual «paradoja geriátrica» que supone el interés emergente de los sistemas de salud con relación a la atención a los pacientes multimórbidos y complejos, pero también a las dificultades que encuentran los geriatras para poder implementar sus principios basados en la evidencia. Ante este dilema, Tinetti da algunas claves de presente y futuro: debemos redefinir concretamente qué somos, ser capaces de promocionar potentemente nuestro conocimiento y consensuar dónde queremos llegar. Todo ello tiene un claro objetivo final: mejorar la atención a los pacientes mayores.

Ante el contexto epidemiológico actual y futuro⁵, los principios geriátricos se sitúan (y nos sitúan) en el epicentro de las respuestas que tanto los pacientes como los sistemas de salud necesitan⁴. Ciertamente son múltiples las oportunidades de futuro, como considerable es también la incertidumbre —situación en la que, por otro lado, la geriatría no se encuentra especialmente incómoda⁶—. Para seguir avanzando, los geriatras necesitamos también revisar críticamente nuestras debilidades para transformarlas en oportunidades de futuro. En este sentido, hemos tenido la posibilidad de realizar un proceso reflexivo compartido con algunos compañeros de generación de diferentes territorios, a partir del que, en el presente editorial, los autores realizamos algunas aportaciones a un debate abierto a nivel global⁷.

En primer lugar, debemos definir un relato común, concreto, simple y universal. Es probable que, desde la geriatría, no hayamos sido capaces de elaborar un relato tangible y reproducible sobre quiénes somos y qué hacemos³ —¿puede esto haber sido interpretado circunstancial y erróneamente como falta de evidencia desde otros entornos?—. Tal vez el hecho de centrarnos en disponer de una miríada de aproximaciones, instrumentos y sistemas asistenciales para el abordaje de una realidad compleja de los pacientes geriátricos no nos haya permitido construir una visión «unificadora» de nuestro trabajo. En este sentido Kane et al. abogan por una estrategia de «marketing» basada en un mensaje simple en torno a un conjunto de principios geriátricos, teniendo en cuenta que intentar promocionar proyectos similares bajo diferentes nombres como si fueran diferenciados —cuando en realidad tienen esencialmente los mismos componentes— puede crear más confusión que confianza (podrían ser ejemplos la falta de consenso operacional en fragilidad o llamar unidades de subagudos a unidades que actúan bajo principios de unidades geriátricas de agudos). Al menos en nuestro entorno, ¿seríamos capaces de consensuar este relato común?

En segundo lugar, debemos hacer compatibles la profundidad y la amplitud del conocimiento geriátrico. Ante la evidente falta de geriatras, Tinetti nos pone en la tesitura de decidir si debemos centrarnos en dar respuestas elitistas al grupo de pacientes que más se benefician de nuestra intervención, profundizando en nuestro conocimiento propio, o bien si debemos posicionarnos para abrir las puertas del saber geriátrico a otros ámbitos y profesionales —con el objetivo de darle el máximo de amplitud, universalizando sus beneficios al mayor número de personas—. Probablemente son opciones perfectamente complementarias:

Hiperespecialización o la geriatría en profundidad

Es probable que debamos centrarnos en aquellos pacientes que más se benefician de la intervención geriátrica específica —por ejemplo, las personas mayores de 85 años, frágiles, con síndromes geriátricos o con condiciones crónicas avanzadas^{8,9}—, con el doble objetivo de la excelencia asistencial y de la generación de más y mejor evidencia. En este sentido, puede que, en la

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: drmqagmas@gmail.com (M.À. Mas).

actualidad, el mejor *coste de oportunidad* para la geriatría se encuentre en la necesidad urgente de los sistemas de salud de disponer de profesionales «expertos en complejidad» y en todo aquello que le es inherente —manejo de la incertidumbre y toma de decisiones complejas^{3,10}—.

Si analizamos los dispositivos asistenciales diseñados para atender a estos perfiles de pacientes previamente comentados, constataremos que hemos sido capaces de crear algunos «núcleos duros geriátricos»^{11,12} —como las unidades de agudos o las unidades de media estancia— a los que debemos buena parte de la evidencia que sustenta nuestra realidad como especialidad y que han permitido que estos pacientes se beneficiaran de prácticas clínicas excelentes. Pero ¿hasta aquí todo lo que podíamos ofrecer? Por ejemplo, a nivel hospitalario: ¿podemos difundir el modelo médico-quirúrgico de las unidades ortogeriátricas al resto de los servicios quirúrgicos¹³?, ¿podemos estar presentes en el rediseño de la atención geriátrica en las áreas de Urgencias^{14,15}? Con relación a la atención intermedia y especializada en la comunidad: ¿será posible atender eficientemente mediante unidades de internamiento¹⁶ a todos los pacientes que lo necesiten, o debemos dar más protagonismo a la atención domiciliar especializada¹⁷?, ¿podemos desarrollar —especialmente en aquellas personas en situación de cronicidad avanzada— otros modelos de atención multidisciplinar a los pacientes con ubicación residencial¹⁸?

Mainstream o la amplitud de la geriatría

En su artículo, Tinetti define nuestra especialidad como una «metadisciplina» —hecho que quizás nos distingue de otras especialidades—, y nos invita a compartir el saber geriátrico con un gran número de profesionales de otros ámbitos con necesidad de competencias básicas e intermedias en medicina geriátrica, para convertirnos así en garantes de la transferencia de este conocimiento¹⁹. Para favorecer este objetivo serán necesarias nuevas estrategias de formación en geriatría, con un currículum específico²⁰, nuevos marcos conceptuales universales^{6,9} y modelos colaborativos pragmáticos y eficientes²¹ en los que las tecnologías de la información jugarán probablemente un papel importante.

Es posible que sea en el ámbito comunitario donde acabemos encontrando las mejores sinergias —¿serán los profesionales de Atención Primaria, con los que compartimos el modelo de atención, nuestros mejores aliados en el futuro?—. En este sentido, 2 ejemplos de modelos colaborativos de futuro son los programas comunitarios de prevención de la fragilidad²² y la atención integrada comunitaria para personas con condiciones crónicas complejas²³⁻²⁶ —en los que los profesionales de la geriatría pueden colaborar con Atención Primaria y ser referentes en la adecuación de respuestas en caso de crisis de salud—.

También en el ámbito hospitalario existen oportunidades para la difusión del conocimiento geriátrico y para el trabajo colaborativo, especialmente en el ámbito de toma de decisiones compartidas y multidisciplinarias, en y con pacientes complejos —por ejemplo en valoraciones antes de cirugía, procedimientos invasivos o en comités de oncogeriatría—, y en la adaptación de la estructura del hospital a personas altamente vulnerables^{6,7,27}.

Estamos en los albores de un cambio de paradigma, en el que los sistemas de salud deberán adoptar en toda su plenitud los principios de la atención centrada en la persona²⁸ como alternativa al paradigma centrado en la enfermedad; en el que los sistemas de pago basados en procesos y «volumen» darán paso a los sistemas basados en el valor de las intervenciones²⁹, probablemente enmarcados en un contexto de integración social y sanitaria. Se dibuja un nuevo horizonte en el que los equipos geriátricos nos debemos sentir especialmente cómodos y seguros; en el que debemos trabajar eficientemente con el resto de los actores del sistema sanitario

y social; y en el que podemos (y debemos) actuar como motor de todo este proceso de cambio.

Agradecimientos

Queremos agradecer a los compañeros Román Romero-Ortuño (Cambridge), Nicolás Martínez Velilla (Pamplona), Marco Inzitari (Barcelona), Cristina Alonso (Getafe) y Francisco J. Tarazona (Valencia) por compartir sus reflexiones de futuro de la especialidad con nosotros. Aparte, queremos agradecer a Joan Espauella (Vic) por los conceptos de *profundidad* y *amplitud*.

Bibliografía

- García Navarro JA. La geriatría ante los nuevos retos del sistema sanitario: ¿Hay que moverse ya? Rev Esp Geriatr Gerontol. 2013;48:251-3.
- Michel JP, Cruz Jentoft AJ. El futuro de la geriatría. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44:171-2.
- Tinetti M. Mainstream or extinction: Can defining who we are save geriatrics? J Am Geriatr Soc. 2016;64:1400-4.
- Kane RL, Callahan CM, Morley JE, Pacala JT. Marketing geriatrics. J Am Geriatr Soc. 2016;64:1405-7.
- World Health Organization. World report on ageing and health. 2016 [consultado 29 Dic 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>
- Amblàs-Novellas J, Espauella J, Inzitari M, Rexach L, Fontecha B, Romero-Ortuño R. En busca de respuestas al reto de la complejidad clínica en el siglo XXI: a propósito de los índices de fragilidad. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2016; <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2016.07.005>, pii: S0211-139X(16)30104-4.
- Oliver D, Burns E. Geriatric medicine and geriatricians in the UK. How they relate to acute and general internal medicine and what the future might hold? Future Hosp J. 2016;3:49-54.
- 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.
- Fried LP, Hall WJ. Leading on behalf of an aging society. J Am Geriatr Soc. 2008;56:1791-5.
- Amblàs-Novellas J, Espauella J, Rexach L, Fontecha B, Inzitari M, Blay C, et al. Frailty, severity, progression and shared decision-making: A pragmatic framework for the challenge of clinical complexity at the end of life. Eur Geriatr Med. 2015;6:189-94.
- Bastán 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.
- Sorbero ME, Saul MI, Liu H, Resnick NM. Are geriatricians more efficient than other physicians at managing inpatient care for elderly patients? J Am Geriatr Soc. 2012;60:869-76.
- Harari D, Hopper A, Dhesi J, Babic-Illman G, Lockwood L, Martin F. Proactive care of older people undergoing surgery (POPS): Designing, embedding, evaluating and funding a comprehensive geriatric assessment service for older elective surgical patients. Age Ageing. 2007;36:190-6.
- Conroy SP, Ansari K, Williams M, Laithwaite E, Teasdale B, Dawson J, et al. A controlled evaluation of comprehensive geriatric assessment in the emergency department: The Emergency Frailty Unit. Age Ageing. 2014;43:109-14.
- Fallon A, Kennelly S, O'Neill D. Frailty in emergency departments. Lancet. 2016;387(10029):1720.
- Bachmann S, Finger C, Huss A, Egger M, Stuck AE, Clough-Gorr KM. Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ. 2010;340:c1718.
- Mas MÀ, Closa C, Santaugènia SJ, Inzitari M, Ribera A, Gallofré M. Hospital-at-home integrated care programme for older patients with orthopaedic conditions: Early community reintegration maximising physical function. Maturitas. 2016;88:65-9.
- Hockley J, Harrison JK, Watson J, Randall M, Murray S. Fixing the broken image of care homes, could a «care home innovation centre» be the answer? Age Ageing. 2016; <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afw154>
- Oliver D, Foot C, Humphries R. Making our health and care systems fit for an ageing population. The King's Fund. 2014 [consultado 29 Dic 2016]. Disponible en: https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/publication_file/making-health-care-systems-fit-ageing-population-oliver-foot-humphries-mar14.pdf
- Masud T, Blundell A, Gordon AL, Mulpeter K, Roller R, Singler K, et al. European undergraduate curriculum in geriatric medicine developed using an international modified Delphi technique. Age Ageing. 2014;43:695-702.
- Scottish Government. Health and Social Care Integration Narrative. 2015;1-5. [consultado 29 Dic 2016]. Disponible en: <http://www.gov.scot/Topics/Health/Policy/Adult-Health-Social-Care-Integration/Narrative/nhttp://www.gov.scot/Resource/0047/00479800.pdf>

22. Rougé Bugat ME, Cestac P, Oustric S, Vellas B, Nourhashemi F. Detecting frailty in primary care: A major challenge for primary care physicians. *J Am Med Dir Assoc.* 2012;13:669–72.
23. D'Arcy LP, Stearns SC, Domino ME, Hanson LC, Weinberger M. Is geriatric care associated with less emergency department use? *J Am Geriatr Soc.* 2013;61:4–11.
24. Engel PA, Spencer J, Paul T, Boardman JB. The geriatrics in primary care demonstration: Integrating comprehensive geriatric care into the medical home: Preliminary data. *J Am Geriatr Soc.* 2016;64:875–9.
25. Ticona L, Schulman KA. Extreme home makeover. The role of home health care. *N Engl J Med.* 2016;375:1707–9.
26. Mas MÀ, Santaegència S. Hospitalización domiciliaria en el paciente anciano: revisión de la evidencia y oportunidades de la geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2015;50:26–34.
27. HSJ/Serco. Commission on Hospital Care for Frail Older People. 2014 [consultado 29 Dic 2016]. Disponible en: https://www.hsj.co.uk/journals/2014/11/18/l/q/r/HSJ141121_FRAILsOLDERPEOPLE.LO-RES.pdf
28. Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared decision making- The pinnacle of patient-centered care. *N Engl J Med.* 2012;366:780–1.
29. Porter ME. A strategy for health care reform- toward a value-based system. *N Engl J Med.* 2009;361:109–12.