



## EDITORIAL

## Unidades de geriatría de agudos: la fuerza de la eficiencia y de la efectividad

### Acute geriatric units: The strength of efficiency and effectiveness

Jordi Varela <sup>a,b,c,\*</sup>

<sup>a</sup> Colaborador docente de ESADE

<sup>b</sup> Editor del blog «Avances en Gestión Clínica»

<sup>c</sup> Gesclinvar Consulting SL, Barcelona, España



La hospitalización de las personas frágiles es una situación que hay que evitar, pero no siempre se puede. La aparición repentina de un ictus, un infarto, una fractura de fémur o una retención urinaria, son algunas de las muchas eventualidades que hacen que Rogelio, que vive solo, con un ligero apoyo de la hija y de una asistente, se vea dentro de una ambulancia y acabe en un pasillo de las urgencias del hospital más cercano, donde pasará, con certeza, un par de semanas con catéteres y sondas que le limitarán la movilidad, le someterán a pruebas diagnósticas con ayunos forzados que le desnutrirán y se verá envuelto en un entorno poco amable, con cambios constantes de interlocutores, con interferencias nocturnas que le trastornarán los ritmos circadianos y lo harán más vulnerable a sufrir delirios y caídas, sin olvidar el elevado riesgo de ulcerarse o de infectarse. Si Rogelio supera la situación clínica que motivó su ingreso, volverá a casa más débil y más dependiente, lo que hará que su probabilidad de reingreso sea superior<sup>1</sup>.

Dos metaanálisis<sup>2,3</sup> avisan de que la evaluación integral y las unidades de geriatría de agudos (UGA) aportan muchos beneficios a las personas frágiles cuando deben ingresar. En esta línea, en este mismo número de la revista se publica un análisis que demuestra que, en un hospital público español, sus UGA son más eficientes que los otros servicios cuando ingresan a personas mayores de 75 años. Por otro lado, un nuevo estudio liderado por Krumholz et al.<sup>4</sup> ratifica que la calidad organizativa de los hospitales puede reducir, por sí misma, la necesidad de reingresos, de manera independiente de las circunstancias personales de cada paciente. Según estos trabajos, las UGA disminuyen las probabilidades de deterioro funcional, aumentan la probabilidad de regreso al domicilio, mejoran la supervivencia y además bajan costes. Como dice Ethan Cumbler, director de la UGA del Hospital Universitario de Colorado, «Si fueras una persona mayor y frágil y te dijeran que existe un fármaco que aumenta en un 22% tus probabilidades de volver a casa después

de una hospitalización, ¿dejarías que te ingresaran en un hospital que no dispone de este producto?»<sup>5</sup>.

Intrigado por esta afirmación, pedí al grupo «Geriatria Basada en la Evidencia» si tenían datos (evidentemente no oficiales) sobre las UGA en España y la respuesta que obtuve fue que tienen detectadas 38, lo que representa que, según esta fuente, solo un 11% de los hospitales públicos han desarrollado este recurso, con una distribución territorial muy desigual, ya que Catalunya y Madrid aportan 24 de ellas, por lo que se deduce fácilmente que hay muchas comunidades autónomas que aún no han adquirido este producto tan beneficioso para las personas mayores cuando tienen que ingresar.

#### Una similitud histórica

A mitad del siglo pasado, los hospitales se vieron empujados a montar unidades de críticos con la aparición de los ventiladores. Los administradores de la época observaron que era más eficiente formar a grupos selectos de enfermeras en su manejo, que no distribuir los pacientes con respirador por las plantas. Hoy el reto de las organizaciones hospitalarias vuelve a ser parecido, ya que, si es imposible formar a todas las enfermeras de todos los turnos en atención geriátrica, parece razonable concentrar esfuerzos en la selección de enfermeras vocacionales y específicamente entrenadas para las UGA, unidades que se basan en elementos muy poco tecnológicos: evaluación integral, trabajo en equipo, plan individualizado y atención continuada de enfermeras formadas en geriatría. Quizás es por esta sencillez metodológica que, a pesar de la fuerza de la evidencia que las sustenta, las UGA no consiguen romper las resistencias de las fragmentaciones internas de los hospitales,

Volviendo a las palabras de Cumbler, si las UGA fueran un nuevo fármaco costosísimo veríamos debates parlamentarios y portadas de periódicos exigiendo su compra, pero el asunto es quizás demasiado simple: se trata solo de juntar equipos con vocación y capacitación y poner a su alcance recursos y confianza. La evidencia dice que, a pesar del silencio mediático, no hacerlo es una grave irresponsabilidad.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jvarela@gescclinvar.com](mailto:jvarela@gescclinvar.com)

## Bibliografía

1. Krumholz HM. Post-Hospital Syndrome - An Acquired, Transient Condition of Generalized Risk. *N Engl J Med.* 2013;368:100-2, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp1212324>.
2. Ellis G, Whitehead MA, Robinson D, O'Neill D, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: Meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ.* 2011;343:d6553, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d6553>.
3. 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, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.b50>.
4. Krumholz HM, Wang K, Lin Z, Dharmarajan K, Horwitz LI, Ross JS, et al. Hospital-Readmission Risk. Isolating Hospital Effects from Patient Effects. *N Engl J Med.* 2017;377:1055-64, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMsa1702321>.
5. Special Treatment. Team care and structural changes could vastly improve the recovery of older patients. Yet institutions that implement such approaches remain rare. *PROTO Massachusetts General Hospital (revista electrónica)* 2017 [consultado 8 Oct 2018] Disponible en: <http://protomag.com/articles/special-treatment>.