La Geriatría importa

El valor añadido para los profesionales sanitarios

Los profesionales sanitarios atienden cada vez más a personas mayores con necesidades complejas, pero la mayoría de los sistemas sanitarios no están lo suficientemente preparados para este reto. Esto afecta a la calidad asistencial, los resultados clínicos y la satisfacción profesional. Las personas mayores presentan con frecuencia multimorbilidad, fragilidad, deterioro cognitivo, polifarmacia y vulnerabilidad funcional, lo que cuestiona los modelos asistenciales tradicionales centrados en las enfermedades.

La geriatría ofrece herramientas y marcos prácticos para apoyar la toma de decisiones clínicas individualizada, integrando en la atención la edad biológica, la reserva funcional, el pronóstico y las prioridades del paciente.

La aplicación de competencias geriátricas mejora los resultados de los pacientes y de las personas cuidadoras, al tiempo que favorece un uso más eficiente de los recursos sanitarios y reduce las complicaciones médicas, la discapacidad asociada a la hospitalización, las intervenciones inadecuadas, los daños relacionados con la medicación, las hospitalizaciones evitables y la institucionalización.

Integrar los principios básicos de la geriatría en la práctica clínica habitual —mediante herramientas prácticas, educación y formación, y modelos colaborativos de atención— es esencial para mejorar la calidad asistencial y garantizar la sostenibilidad de los sistemas sanitarios en sociedades con un número creciente de personas mayores.

Mensajes clave

A medida que aumenta la esperanza de vida, más personas alcanzan edades avanzadas con necesidades de salud, funcionales y asistenciales cada vez más heterogéneas.

Las necesidades de las personas mayores deben abordarse en todos los ámbitos asistenciales, no solo en los servicios especializados de geriatría.

La geriatría proporciona a los profesionales sanitarios marcos y herramientas prácticas para apoyar la toma de decisiones clínicas y ofrecer una atención individualizada y de alta calidad, lo que contribuye a mejores resultados para las personas mayores.

Los profesionales sanitarios deben desarrollar y mantener competencias geriátricas esenciales y pertinentes a sus especialidades, mientras que las organizaciones y los sistemas sanitarios deben proporcionar la formación, los recursos, los modelos asistenciales y las condiciones de trabajo necesarios para aplicarlas.



Esta publicación se basa en el trabajo del PROGRAMMING COST Action 21122, financiado por COST (Cooperación Europea en Ciencia y Tecnología). COST es una agencia de financiación de redes de investigación e innovación. Las Acciones COST ayudan a conectar iniciativas de investigación en toda Europa y permiten a los científicos desarrollar sus ideas y compartirlas con sus pares. Esto impulsa su investigación, su carrera profesional y la innovación. El presente documento es una herramienta diseñada para apoyar a los profesionales sanitarios en la integración de los principios de la Geriatría en su práctica clínica diaria, destacando su valor práctico y su impacto en la calidad asistencial, los resultados y la eficiencia. Fue elaborado mediante un proceso de cocreación y revisión en varias etapas por los investigadores participantes. El contenido se estructura en torno a tres preguntas clave: ¿Por qué es importante la geriatría para los profesionales sanitarios?, ¿Qué es la geriatría y qué aporta a los profesionales sanitarios? ¿Cómo pueden integrarse los principios básicos de la medicina geriátrica en la práctica clínica de los profesionales sanitarios?

I. ¿Por qué es importante la geriatría para los profesionales sanitarios?

Los profesionales sanitarios ya atienden a personas mayores, pero la mayoría de los sistemas sanitarios no los han preparado adecuadamente para la complejidad que ello conlleva.

El aumento de la esperanza de vida está transformando la atención sanitaria en todas las especialidades y ámbitos asistenciales. Los sistemas sanitarios deben responder cada vez más a las necesidades de los pacientes con complejidad crónica y no solo a episodios aislados de enfermedad aguda. Los profesionales sanitarios —desde médicos de atención primaria y especialistas hospitalarios hasta enfermeros, fisioterapeutas, farmacéuticos y otros profesionales— participarán cada vez más en la atención de las personas mayores.

LAS PERSONAS MAYORES NO SON SIMPLEMENTE ADULTOS JÓVENES CON MÁS AÑOS: Rara vez se ajustan a modelos de atención específicos para una sola enfermedad. La vulnerabilidad fisiológica relacionada con la edad modifica la presentación de las enfermedades, la tolerancia a los tratamientos, las trayectorias de recuperación y las prioridades asistenciales; además, la multimorbilidad, la fragilidad, el deterioro cognitivo, las manifestaciones sintomáticas atípicas y los síndromes geriátricos, como el delirio, las caídas y la sarcopenia, contribuyen a peores resultados y a un mayor uso de los recursos sanitarios. [1,2]

Es importante destacar que las personas mayores constituyen una población muy heterogénea, con una variabilidad considerable en la presentación clínica y en sus necesidades, incluso entre personas de la misma edad. Sin embargo, los enfoques tradicionales centrados en una sola enfermedad y las guías clínicas a menudo no reflejan estas realidades. [3,4]

Los geriatras están específicamente capacitados para abordar las complejidades clínicas y asistenciales de las personas mayores, pero no pueden afrontar este reto por sí solos. Aunque existe una clara necesidad de aumentar el número de geriatras, nunca habrá un geriatra para cada persona mayor.

Aunque los profesionales especializados en geriatría siguen siendo insuficientes para responder a una demanda creciente, muchos profesionales sanitarios que atienden a personas mayores tienen pocas oportunidades de desarrollar competencias geriátricas prácticas mediante formación reglada, pese a que estas competencias son esenciales para proporcionar una atención de alta calidad. Esta discrepancia entre las necesidades asistenciales crecientes y la preparación de los profesionales sanitarios puede comprometer la calidad de la atención, los resultados clínicos y la satisfacción de los pacientes, los cuidadores y los profesionales. [5]

II. ¿Qué es la geriatría y qué aporta a los profesionales sanitarios?

La geriatría proporciona a los profesionales sanitarios los marcos, las herramientas y las competencias necesarias para ofrecer una atención segura, eficaz y centrada en la persona a las personas mayores que viven con problemas de salud complejos.



¿Qué es la geriatría?

La geriatría es una especialidad médica que aborda las afecciones físicas, mentales, funcionales y sociales en la atención aguda, crónica, rehabilitadora y preventiva, así como al final de la vida, de las personas mayores. Se centra en la atención de las personas que viven con fragilidad y multimorbilidad, cuyas necesidades van más allá de los paradigmas asistenciales centrados en órganos específicos y requieren un abordaje multidisciplinar e integral orientado a preservar la función, la autonomía y la calidad de vida. [6]

La Valoración Geriátrica Integral (VGI) constituye un pilar fundamental de este enfoque y proporciona un marco estructurado para evaluar los ámbitos médico, funcional, psicológico y social y orientar una planificación asistencial coordinada e individualizada. La VGI ha demostrado de forma consistente que mejora los resultados funcionales, reduce la institucionalización y favorece una mejor coordinación en la atención. [7,8]

cost EUROPEAN COOPERATION IN SCIENCE & TECHNOLOGY
Funded by the European Union
EuGMS European Geriatric Medicine Society
Fostering geriatric medicine across Europe



¿Qué ofrece la geriatría a los profesionales sanitarios?

La geriatría permite que el abordaje del paciente vaya más allá de la atención centrada en la enfermedad, integrando la edad biológica, el estado funcional, la cognición, el contexto psicosocial y los objetivos y preferencias del paciente en la toma de decisiones clínicas. De este modo, ayuda a los profesionales sanitarios a proporcionar la mejor atención posible a las personas mayores, de acuerdo con sus necesidades y prioridades individuales.

Al incorporar las competencias básicas de la geriatría a la práctica habitual, los profesionales sanitarios pueden:

- identificar y abordar con mayor eficacia las necesidades funcionales, cognitivas, psicológicas y sociales de las personas mayores;
- contribuir a optimizar la medicación, prescribiendo medicamentos apropiados que se habían omitido y desprescribiendo aquellos potencialmente inadecuados;
- proporcionar una planificación asistencial más adecuada e individualizada para las personas mayores.

La geriatría apoya a los profesionales sanitarios facilitando la colaboración interdisciplinar y mejorando su confianza y satisfacción profesional, especialmente al abordar decisiones clínicas y éticas complejas en situaciones de incertidumbre y con prioridades contrapuestas.

Paralelamente, también mejora los resultados a nivel del paciente, del cuidador y del sistema sanitario, contribuyendo a reducir las complicaciones, el deterioro funcional, la sobrecarga del cuidador, las hospitalizaciones evitables, la institucionalización y los costes de la atención sanitaria. [7,8]

III. Cómo integrar mejor los principios básicos de la geriatría en la práctica de los profesionales sanitarios

La integración efectiva de los principios básicos de la geriatría en la práctica habitual de los profesionales sanitarios es posible mediante una acción coordinada a nivel individual, organizativo y sistémico.

1. A NIVEL INDIVIDUAL: INTEGRACIÓN DE LAS COMPETENCIAS GERIÁTRICAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA

- **Desarrollo de competencias geriátricas básicas |** Los profesionales sanitarios deben desarrollar competencias geriátricas básicas: conocimientos, habilidades y comportamientos necesarios en su propio ámbito profesional para proporcionar una mejor atención a las personas mayores. Estas competencias deben adquirirse y reforzarse de forma continua mediante formación, aprendizaje permanente y recursos educativos prácticos.
- **Aplicar un enfoque geriátrico a la toma de decisiones clínicas diarias |** Los profesionales sanitarios deben integrar conceptos como la capacidad intrínseca y la fragilidad, el estado funcional y cognitivo, la multimorbilidad, las prioridades del paciente y el pronóstico en las decisiones clínicas habituales, en lugar de basarse únicamente en la edad cronológica o en algoritmos centrados en enfermedades específicas. Esto es cada vez más factible gracias a herramientas de cribado geriátrico prácticas y de rápida aplicación, integradas con las competencias geriátricas básicas y con circuitos adecuados de manejo y derivación.
- Los principios básicos de la geriatría* también ayudan en la toma de decisiones clínicas, especialmente cuando las presentaciones clínicas sean atípicas o las decisiones terapéuticas impliquen riesgos y beneficios contrapuestos.

Principios básicos de la geriatría*
Las personas mayores no son simplemente adultos con más años.
La función es una constante vital.
La presentación atípica es frecuente en la geriatría.
Lo que más importa es lo que importa al paciente.
Evita tanto el infratratamiento como el sobretratamiento.
Todo síntoma es un efecto adverso farmacológico hasta que se demuestre lo contrario.
Empieza con dosis bajas, ve despacio, pero avanza.
Piense primero en el delirium.
La cama es mala.

cost EUROPEAN COOPERATION IN SCIENCE & TECHNOLOGY
Funded by the European Union
EuGMS European Geriatric Medicine Society
Fostering geriatric medicine across Europe

- **Optimizar el uso de los medicamentos y mejorar su seguridad |** Los profesionales sanitarios deben integrar la revisión y la conciliación de la medicación como una medida rutinaria de seguridad, especialmente durante las transiciones asistenciales (p. ej., el ingreso hospitalario y el alta). [9-11] Las herramientas estructuradas de optimización farmacológica pueden mejorar la adecuación de la medicación y reducir los daños relacionados con los medicamentos y las reacciones adversas, lo que incrementa la seguridad de la medicación en las personas mayores. [12]
- **Promover la toma de decisiones compartida y la colaboración interdisciplinar |** Los profesionales sanitarios deben involucrar activamente a las personas mayores y a sus cuidadores en la planificación asistencial, alineando las decisiones con los objetivos asistenciales, las prioridades del paciente y los beneficios y las cargas esperadas del tratamiento. Se recomienda que colaboren con especialistas en geriatría y con equipos multidisciplinares en casos complejos o de alto riesgo, a fin de proporcionar una atención coordinada y centrada en la persona.

2. A NIVEL ORGANIZATIVO: CREACIÓN DE ENTORNOS SANITARIOS QUE APOYEN UNA ATENCIÓN DE ALTA CALIDAD A LAS PERSONAS MAYORES

- **Ampliar los modelos de atención colaborativa |** Las organizaciones sanitarias deben establecer modelos de atención colaborativos que integren la experiencia especializada en geriatría, incluidos equipos interdisciplinares, los servicios de interconsulta geriátrica y modelos de atención compartida entre geriatría y otras especialidades, como la ortogeriatría, la oncogeriatría, la atención perioperatoria, las urgencias y los cuidados críticos, para favorecer una atención coordinada de las personas mayores con necesidades complejas. [13,14]
- **Desarrollar organizaciones sanitarias mejor adaptadas a la atención de las personas mayores |** Las organizaciones sanitarias deben incorporar a la práctica clínica habitual procesos que favorezcan una atención de alta calidad para las personas mayores, incluyendo protocolos de cribado y de valoración geriátrica, sesiones interdisciplinares de casos y apoyo institucional para el desarrollo de competencias geriátricas. Deben establecer sistemas que faciliten transiciones asistenciales eficaces entre los diferentes ámbitos sanitarios mediante una comunicación coordinada, la continuidad asistencial y prácticas basadas en la evidencia, como la conciliación de la medicación, lo que ayuda a reducir los reingresos y el deterioro funcional en las personas mayores. [15,16] Los entornos sanitarios adaptados a las personas mayores deben garantizar que la movilidad, la cognición, la nutrición, la función sensorial y la prevención del delirio se aborden como parte del estándar asistencial.

3. A NIVEL DEL SISTEMA: HACER POSIBLE UNA INTEGRACIÓN GERIÁTRICA SOSTENIBLE

- **Desarrollar competencias geriátricas en el conjunto del personal sanitario |** Los profesionales sanitarios deben disponer, a lo largo de toda su carrera, de acceso a formación y capacitación en geriatría práctica y pertinente para su profesión. Esto debe incluir aprendizaje interdisciplinar, exposición continua a personas mayores en diferentes ámbitos asistenciales y tiempo protegido para el desarrollo profesional continuo.
- **Construir sistemas sanitarios que permitan a los profesionales proporcionar una mejor atención a las personas mayores |** Los sistemas sanitarios y los responsables de las políticas sanitarias deben garantizar que las estructuras asistenciales estén diseñadas para abordar la complejidad de las necesidades de las personas mayores. Esto requiere estándares de calidad y medidas de resultados claramente definidos que reflejen lo que importa a las personas mayores —incluidas la funcionalidad, la independencia y la calidad de vida—, junto con políticas y marcos regulatorios que faciliten la colaboración interprofesional y mecanismos de financiación que reconozcan el tiempo, la preparación y la coordinación necesarios para proporcionar una atención geriátrica compleja.

Una mejor atención a las personas mayores comienza con un mejor apoyo para los profesionales que las atienden. Integrar las competencias geriátricas básicas en la práctica habitual es una inversión que puede aumentar la confianza clínica, mejorar la calidad asistencial y, a largo plazo, ahorrar tiempo al hacer que la atención sea más eficiente. Por lo tanto, la geriatría debe considerarse no como una subespecialidad opcional, sino como un marco esencial de competencias clínicas para proporcionar a las personas mayores una atención segura, equitativa y centrada en la persona.

cost EUROPEAN COOPERATION IN SCIENCE & TECHNOLOGY
Funded by the European Union
EuGMS European Geriatric Medicine Society
Fostering geriatric medicine across Europe

DECLARACIÓN DE TRANSPARENCIA DE USO DE IA: La IA generativa se utilizó únicamente para ayudar en la revisión editorial de un manuscrito inicial redactado por autores humanos, incluida la mejora del lenguaje, la reducción del texto y la síntesis de ideas complejas en una redacción concisa. La IA también ayudó a identificar literatura potencialmente relevante, mientras que todas las referencias fueron verificadas, evaluadas críticamente y seleccionadas de forma independiente por los autores. La base de evidencia, las recomendaciones de política, la interpretación y el contenido final fueron desarrollados, revisados críticamente y aprobados por los autores, quienes conservan plena responsabilidad sobre el documento.

ENLACES DE INTERÉS (disponibles en www.cost-programming.eu/):

1. Documentos de apoyo de PROGRAMMING: La Geriatría importa: el valor añadido para los sistemas sanitarios y los responsables de las políticas sanitarias / los docentes y responsables del desarrollo curricular en ciencias de la salud / las personas mayores y la sociedad civil
2. Publicaciones de la COST Action PROGRAMMING 21122
3. Vídeo de 90" sobre qué es la COST Action PROGRAMMING 21122
4. Vídeo breve explicando la Geriatría
5. Glosario PROGRAMMING de términos en Geriatría

REFERENCES:

1. Stevenson JM, Parekh N, Chua KC, et al. A multi-centre cohort study on healthcare use due to medication-related harm: the role of frailty and polypharmacy. Age Ageing. 2022;5:afac054. doi: 10.1093/ageing/afac054.

2. Hoogendijk EO, Afilalo J, Ensrud KE, et al. Frailty: implications for clinical practice and public health. Lancet. 2019;394:1365-1375. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31786-6.

3. Ferrucci L, Kuchel GA. Heterogeneity of Aging: Individual Risk Factors, Mechanisms, Patient Priorities, and Outcomes. J Am Geriatr Soc. 2021;69:610-612. doi: 10.1111/jgs.17011.

4. Ungar A, Cherubini A, Fratiglioni L, et al. Carta of Florence Against Ageism: No Place for Ageism in Healthcare. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2024;79:glad264. doi: 10.1093/gerona/glad264.

5. Duque S, Piotrowicz K, Masud T, et al. Building a pan-European network to bridge gaps in geriatric medicine education: the PROGRAMMING COST Action 21,122-a call for endorsement. Eur Geriatr Med. 2025;16:411-423. doi: 10.1007/s41999-024-01137-0.

6. European Union of Medical Specialists (UEMS). Geriatric Medicine Section. Access link: https://www.uemsgeriatricmedicine.org/.

7. Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. Cochrane Database Syst Rev. 2017;9:CD006211. doi: 10.1002/14651858.CD006211.pub3.

8. Chen Z, Ding Z, Chen C, et al. Effectiveness of comprehensive geriatric assessment intervention on quality of life, caregiver burden and length of hospital stay: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMC Geriatr. 2021;21:377. doi: 10.1186/s12877-021-02319-2.

9. Stevenson JM, Davies JG, Martin FC. Medication-related harm: a geriatric syndrome. Age Ageing. 2019;49:7-11. doi: 10.1093/ageing/afz121.

10. Parekh N, Ali K, Stevenson, JM, et al, and on behalf of the PRIME study group. Incidence and cost of medication harm in older adults following hospital discharge: a multicentre prospective study in the UK. Br J Clin Pharmacol. 2018;84:1789–1797. doi: 10.1111/bcp.13613.

11. Jónsdóttir F, Blöndal AB, Guðmundsson A, et al. Potentially Inappropriate Medication Use and Polypharmacy Before and After Admission to Internal Medicine for Older Patients. Am J Med. 2024;137:1236-1245.e4. doi: 10.1016/j.amjmed.2024.07.026.

12. Wehling M, Burkhardt H, Kuhn-Thiel A, et al. VALFORTA: a randomised trial to validate the FORTA (Fit fOR The Aged) classification. Age Ageing. 2016;45:262-267. doi: 10.1093/ageing/afv200

13. Tarazona-Santabalbina FJ, Ojeda-Thies C, Figueroa Rodríguez J, et al. Orthogeriatric Management: Improvements in Outcomes during Hospital Admission Due to Hip Fracture. Int J Environ Res Public Health. 2021;18:3049. doi: 10.3390/ijerph18063049.

14. Hamaker M, Lund C, Te Molder M, et al. Geriatric assessment in the management of older patients with cancer - A systematic review (update). J Geriatr Oncol. 2022;13:761-777. doi: 10.1016/j.jgo.2022.04.008.

15. Cesari M, Thiyagarajan JA, Cherubini A, et al. Geriatric medicine across countries: specialised workforce, training and system integration challenges. J Frailty Aging. 2026;15:100152. doi: 10.1016/j.tjfa.2026.100152.

16. Morkisch N, Upegui-Arango LD, Cardona MI, et al. Components of the transitional care model (TCM) to reduce readmission in geriatric patients: a systematic review. BMC Geriatr. 2020;20:345. doi: 10.1186/s12877-020-01747-w.

EQUIPO PRINCIPAL DE COORDINACIÓN (en orden alfabético):

Rui Buzaco Family Unit, Clínica CUF Estádio José de Alvalade, Lisbon, Portugal **Monserrat Conde** Nuffield Department of Primary Care Health Sciences, University of Oxford; Cochrane Global Ageing, UK **Sofia Duque** Internal Medicine Department, Hospital Cuf Descobertas, Lisboa; Nova Medical School, Lisboa. Portugal **Anne Wissendorff Ekdahl** Department of Clinical Sciences, Helsingborg Hospital, Faculty of Medicine, Lund University, Lund, Sweden **Meltem Koca** Department of Geriatric Medicine, Etlik City Hospital, Ankara, Türkiye **Marina Kotsani** Hellenic Society for the Study and Research of Ageing, Athens, Greece **Serdar Ozkok** Department of Internal Medicine, Division of Geriatrics, Istanbul University, Istanbul, Türkiye **Karolina Piotrowicz** Department of Internal Medicine and Gerontology, Jagiellonian University Medical College, Kraków, Poland **Maria Tampaki** Athens Chest Hospital 'Sotiria' and National and Kapodistrian University of Athens, Greece.

GRUPO DE TRABAJO:
Además de los coordinadores principales (en orden alfabético)

Athanase Benetos University of Nancy, INSERM u1116, Nancy, France **Nenad Bogdanovic** Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden **Sylvie Bonin-Guillaume** Aix Marseille University, University hospital of Marseille, France **Tahir Masud** Nottingham University Hospitals NHS Trust, UK **Ian Perera** Department of Internal Medicine and Gerontology, Jagiellonian University Medical College, Kraków, Poland (proofreading) **Mirko Petrovic** Ghent University, Ghent, Belgium **Maria Cristina Polidori** University Hospital of Cologne,Germany **Roman Romero-Ortuno** Trinity College Dublin, Ireland. **Tamar Yellon** Hebrew University of Jerusalem, Israel.

EQUIPO DE TRADUCCIÓN:
Santiago Cotobal Rodeles y Laura Mónica Perez Bazan

PERSONAS DE CONTACTO:
Santiago Cotobal Rodeles scotobalr@gmail.com y
Laura Mónica Perez Bazan lperez@perevirgili.cat

semeg SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA GERIÁTRICA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

PROGRAMMING COST ACTION 21122

CIVIL SOCIETY HC EDUCATORS HC POLICYMAKERS

cost EUROPEAN COOPERATION IN SCIENCE & TECHNOLOGY
Funded by the European Union

EuGMS European Geriatric Medicine Society
Fostering geriatric medicine across Europe