

Suma de esfuerzos para la atención a las personas mayores

A. Salvà

Fundació Institut Català de l'Envel·liment (FICE). Fundació Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. España.

Este número de la Revista incluye el texto del acuerdo firmado entre la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria¹.

Entre los principales objetivos de salud para las personas mayores cabe destacar el aumento de la esperanza de vida libre de incapacidad y la reducción de la morbilidad en las últimas etapas de la vida^{2,3}. Una vez se ha alcanzado un aumento importante de la esperanza de vida, el reto actual es el envejecimiento saludable y la calidad de vida en todas las edades. La Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó, en la Asamblea Mundial de las Naciones Unidas de Madrid en 2002, el documento para la promoción de un envejecimiento activo, que considera no solamente los aspectos de salud o soporte social, sino además la defensa de la autonomía de las personas mayores y su participación activa en la sociedad^{4,5}. Ante este importante reto, el papel que tienen que desempeñar los sistemas de salud es relevante. En mi opinión, la única forma de alcanzar estos objetivos es desde planteamientos que impliquen a todos los profesionales y los niveles asistenciales. Sólo desde la combinación coordinada de las actuaciones de atención primaria sanitaria y social y atención especializada podemos esperar resultados beneficiosos para nuestros mayores.

El 95% de las personas mayores residen en su domicilio y, por lo tanto, desde el punto de vista sanitario sus referentes son el médico de cabecera y el conjunto del equipo de atención primaria de salud. Durante un año, el 90% de las personas mayores visita al menos una vez a su médico de cabecera y muchas de ellas lo hacen en numerosas ocasiones. Además de su capacidad para resolver problemas frecuentes, el papel que tiene la atención primaria es relevante en muchos otros aspectos. Es el único nivel asistencial capaz de asegurar las medidas preventivas básicas (vacunaciones, consejos dietéticos y de hábitos de vida, control de los factores de riesgo cardiovascular, etc.) y también de establecer programas de detección temprana de problemas (cáncer, deterioro cognitivo, etcétera). La atención primaria es también un eslabón importante en el seguimiento y control de las enfermedades crónicas, en el seguimiento y resolución de problemas intercurrentes de las personas dependientes y, muy especialmente, de las situaciones que requieren atención domiciliaria.

Sin embargo, debido a la especial situación de fragilidad en que se encuentra un porcentaje importante de personas mayores, porque presentan enfermedades crónicas y sus reagudizaciones, enfermedades agudas frecuentes y, en ocasiones, secuelas de éstas, a menudo es necesario el ingreso hospitalario o la consulta diagnóstica a equipos especializados. En el año 2001 las personas mayores de 64 años representaron, en Cataluña, el 38,5% de las altas hospitalarias y el 49,3% del total de días de estancia en el hospital.

La tasa de utilización de hospitalización de agudos para el mismo año fue del 389,2% para el grupo de edad comprendida entre 75 y 79 años, mientras que la media

Correspondencia: Dr. Antoni Salvà.
Fundació Institut Català de l'Envel·liment (FICE). Fundació Universitat Autònoma de Barcelona.
Sant Antoni Maria Claret, 171. 08041 Barcelona. España.
Correo electrónico: a.salva@envelliment.org

para todas las edades fue del 124,5%⁶. En otras ocasiones, la complejidad de las situaciones médicas y sociales hace necesaria, aun sin un ingreso hospitalario, una valoración integral especializada de manera ambulatoria o en el propio domicilio por un equipo de geriatría. Los equipos de atención primaria también tienen la responsabilidad de saber identificar cuándo ésta es necesaria para facilitar el diagnóstico global y la elaboración de estrategias de intervención conjuntas.

Hace años que se ha estudiado la necesidad de aplicar el método de la valoración geriátrica integral en la atención domiciliaria⁷. En los últimos años se ha puesto un especial énfasis en las principales actuaciones preventivas que se puede y se debe realizar en atención primaria, encaminadas a mejorar la atención a las personas mayores⁸⁻¹². Quedan aún muchas cuestiones por resolver y muchos debates y aspectos que son, actualmente, objeto de investigación en geriatría y gerontología en relación con la mejor intervención posible en cada enfermedad y los problemas de salud en las personas mayores frágiles¹³⁻¹⁵ o con aspectos más generales como, por ejemplo, qué intervenciones son posibles para mejorar la función física o para el cribado de determinados síndromes geriátricos como las caídas de repetición, la incontinencia urinaria, la desnutrición o el deterioro cognitivo. Parece evidente que, también en este aspecto, la colaboración entre los geriatras y los equipos de atención primaria puede aportar beneficios mutuos.

No es responsabilidad de los pacientes y sus familias comprender el complejo entramado de servicios asistenciales sanitarios y sociales, ni tampoco el diferente papel administrativo entre niveles asistenciales. Además de la hospitalización de agudos, otros niveles asistenciales, como las unidades de media o larga estancia, los hospitales de día, las residencias o los centros de día, son a menudo necesarios en distintos momentos o fases de una enfermedad. Es nuestra responsabilidad facilitar a los pacientes y sus familiares el recorrido por estos diferentes servicios sin que tengan la sensación de estar «perdidos en el sistema». Además de la complejidad del sistema en sí mismo, la situación suele añadir elementos de confusión o preocupación especiales para el enfermo y sus familias, ya que suele producirse cuando hay o ha habido problemas graves intercurrentes o necesidades derivadas de secuelas que requieren rehabilitación, nuevos fármacos, atención en el domicilio para tratamiento o como apoyo al desarrollo de las actividades de la vida diaria. Es en estas circunstancias cuando más se agradece la coordinación entre los distintos profesionales que intervienen en los cuidados y, especialmente, cuando se requiere la participación de un nuevo servicio. Una vez más, la atención primaria de salud, en este caso en coordinación con los otros servicios de atención especializada, desempeñará un papel relevante.

A menudo olvidamos que, antes que geriatras, médicos de familia, internistas, etc., todos somos médicos y, por tanto, tenemos un objetivo común: el bienestar de nuestros pacientes. Nuestra obligación es establecer los mecanismos necesarios para ofrecer el mejor proceso diagnóstico y terapéutico posible en un determinado entorno asistencial y social. Nuestros conocimientos están al servicio de los pacientes y solamente desde la suma de los conocimientos de las diferentes disciplinas podremos ser capaces de responder a las necesidades, cada vez más complejas, de nuestros pacientes y sus familias.

Por todo ello, el acuerdo entre dos sociedades científicas que mantienen sus respectivas identidades y comparten muchos objetivos comunes consolida una vía de colaboración necesaria para mejorar la atención de las personas mayores en el futuro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Acuerdo de colaboración entre la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2004;39:62-3.
2. Fries JF, Green LW, Levine S. Promoción de la salud y comprensión de la morbilidad. *Lancet* 1989;1:481-3.
3. Vaqué J, Vilardell M, Taberner JL, Tresserras R, Salleras L. Reducción de la morbilidad y vejez saludable. *Med Clin (Barc)* 2001;116(Supl 1):3-8.

4. World Health Organisation. Active Ageing. A Policy. Geneva: Framework, 2002.
5. Regato P. A propósito del envejecimiento activo y de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento: qué estamos haciendo y qué nos queda por hacer. *Aten Primaria* 2002;30(2):77-9.
6. Registre del CMBDAH 2001. CatSalut.
7. Stuck. A trial of annual in-home comprehensive geriatric assessment for elderly people living in the community. *N Engl J Med* 1995;333:1184-9.
8. Salleras L, Taberner JL, Tresserras R, Salvà A, Morera R, Martín-Zurro A, et al. Actividades preventivas escalonadas en las personas mayores. *Med Clin (Barc)* 2001;116(Supl 1):153-7.
9. De Alba Romero C, Gorroñoigoitia A, Litago C, Martín I, Luque A. Actividades preventivas en los ancianos. *Aten Primaria* 2001;28(Supl 2):161-80.
10. Mouton ZP, Espino DV. Health screening in older women. *Am Fam Physician* 1999;59:1835-42.
11. Vaquè J, Vilardell M. Promoción de la salud y estrategias preventivas en las personas mayores. *Medicine* 1999;7:5803-10.
12. Millorem l'atenció sanitària a les persones grans. Pla d'actuacions prioritàries de l'atenció primària de salut per al període 2003-2005. Barcelona, 2003.
13. Baztán JJ, González-Montalvo JI, Solano JJ, Hornillos M. Atención sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica. *Med Clin (Barc)* 2000;115:704-17.
14. Golberg-Todd H, Chavin-Stephen I. Preventive medicine and screening in older adults. *Am Geriatr Soc* 1997;45:344-54.
15. Stuck AE, Minder CE, Peter-Wüest I, et al. A randomized trial of in-home visits for disability prevention in community-dwelling older people at low and high risk for nurse home admission. *Arch Intern Med* 2000;160:977-86.