

Necesidad del desarrollo de servicios especializados de atención al anciano frágil

T. Alonso, en representación del Grupo de trabajo de la Sociedad Extremeña de Geriatría y Gerontología (SOGGEX)

Unidad Geriátrica de Agudos. Complejo Hospitalario de Cáceres. Cáceres. España.

«Porque no trabajamos con materiales, sino con el sufrimiento humano, tenemos la obligación moral de trabajar bien. Podemos equivocarnos, pero no debemos abandonar el interés por realizar bien nuestras acciones.»

J.C. MATEOS GRANADOS

La geriatría moderna nace en el Reino Unido en los años treinta. Fue creada por Marjory Warren en el West Middlesex Hospital de Londres, donde trabajaba con ancianos crónicamente enfermos, encamados y muchas veces en situación de abandono, que no habían recibido un tratamiento médico o rehabilitador adecuado y que se encontraban en una situación de institucionalización prolongada. Unos buenos cuidados de enfermería mantenían vivos a estos pacientes, pero la falta de una valoración diagnóstica y de rehabilitación impedía que superaran su incapacidad. La doctora Warren evaluó de forma sistemática a estos pacientes iniciando la movilización activa y la rehabilitación de forma selectiva, y fue capaz de eliminar el encamamiento en la mayoría y, en muchos casos, darles el alta a su domicilio¹. Así, algunos problemas aparentemente sociales son, de hecho, el resultado del escaso tratamiento que reciben los pacientes en los servicios de salud². La doctora Warren abogaba, y así mantiene la Sociedad Británica de Geriatría en la actualidad, que cada paciente anciano debe recibir una valoración global y, en muchos de los casos, un intento de rehabilitación antes de institucionalarlo³. Por desgracia, resulta paradójico que en la actualidad, en España, los términos «geriatría» o «geriátrico» se utilizan con demasiada frecuencia y ligereza para denominar centros y fórmulas de asistencia a personas mayores con incapacidad, muy alejados del planteamiento y la forma de trabajo que propugna la medicina geriátrica y cuyas prácticas son las que rechazaba la doctora Warren.

El desarrollo social y tecnológico del último siglo han permitido un aumento de la supervivencia y de la expectativa de vida, con el consiguiente envejecimiento de la población, un fenómeno claramente positivo y deseable para todos que, sin embargo, a veces es contemplado como un fenómeno negativo. Dicho envejecimiento se ha asociado con un incremento del número de personas con enfermedades crónicas e incapacidad, de forma que los pacientes mayores de 65 años (y con frecuencia mayores de 75 años) con una o varias enfermedades crónicas y con un grado variable de incapacidad son el paradigma con el que se enfrenta la medicina actual en los países desarrollados. Durante el siglo xxi, los sistemas de salud tendrán que hacer frente de una forma creciente a una serie de crisis en los aspectos médicos, sociales y financieros asociados al envejecimiento de la población y que se derivan de tres factores: un aumento del número de personas con riesgo de sufrir un deterioro de su estado de salud o de su capacidad funcional, un incremento en la demanda y los costes de los cuidados, y un aumento en la duración del período de incapacidad⁴.

A la hora de plantear la atención sanitaria en las personas mayores debe hacerse una serie de consideraciones sobre la enfermedad y la incapacidad:

1. La morbilidad, incapacidad y mortalidad aumentan con la edad y de una forma casi exponencial en edades avanzadas.

2. No es cierto que las personas mayores se beneficien menos de las intervenciones médicas que los adultos más jóvenes. Como ejemplos pueden citarse la fibrinólisis en el infarto agudo de miocardio (IAM), el tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial (HTA) o de la hipercolesterolemia o el tratamiento quirúrgico de la estenosis aórtica. En algunas ocasiones, aunque presentan un incremento del riesgo de complicaciones como consecuencia de la intervención, su beneficio es también mayor debido al riesgo más elevado de sufrir la enfermedad o sus complicaciones.

3. La capacidad de un individuo para participar de forma plena desde un punto de vista físico, mental y social en las actividades de la vida diaria (AVD) se conoce como estado funcional y está fuertemente afectado por el estado fisiológico, representa el resultado final del impacto del envejecimiento y la enfermedad en el individuo, y con frecuencia es utilizado como una medida del estado de salud en los pacientes con múltiples enfermedades. Así, ha mostrado ser el parámetro más fiable, objetivo, cuantificable y transmisible para poder discriminar entre sujetos⁵. Esto nos proporciona una visión más amplia y significativa del estado de salud de los individuos y de la población.

4. La incapacidad no suele ser un proceso estático e irreversible, sino un proceso dinámico que, en los ancianos, es con frecuencia multifactorial; así, diversos factores pueden aumentar o disminuir la probabilidad de sufrir discapacidad, así como su grado, constituyendo patrones complejos y heterogéneos⁶.

5. En algunos países, como Estados Unidos y Reino Unido, se ha observado en los últimos años un descenso importante de la prevalencia de la discapacidad y se desconoce si esta tendencia va a continuar en el futuro⁷. Dado el incremento de personas mayores, especialmente las muy ancianas, cabe esperar que el número total de personas con incapacidad aumente en los próximos años, si bien este número es difícil de determinar por el efecto modulador que podría tener la reducción de la prevalencia de la discapacidad.

6. Es conveniente no confundir convalecencia (recuperación espontánea) con la rehabilitación que es necesaria para que ocurra la recuperación no espontánea de la enfermedad.

Desde la última década, los problemas de salud de las personas mayores han sido «des-medicalizados» por su movimiento hacia las residencias². Los defensores de dicha tendencia se basan en tres aspectos que analizaremos a continuación: el concepto social de la incapacidad, la búsqueda del ahorro del gasto sanitario y evitar los riesgos de la hospitalización en el anciano.

1. Según el modelo social, la discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el entorno social, de forma que las alteraciones de la capacidad funcional pueden ser compensadas en cierta medida por familiares, amigos o los servicios sociales. Frente a este modelo, en el modelo biopsicosocial, también denominado aproximación funcional, que utiliza la geriatría, la discapacidad se enfoca en la función y el bienestar, así como en la enfermedad y el medio en que ésta se desarrolla. Este modelo es más útil para entender los complejos problemas que presentan los ancianos⁶.

2. Con frecuencia se considera que el cuidado de los ancianos en el hospital es demasiado caro, hecho que resulta sorprendente considerando que en este grupo de edad se concentran la morbilidad y la mortalidad; asimismo, si bien los mayores de 65 años son los que hacen mayor uso de los recursos hospitalarios, también es cierto que ingresan con más frecuencia de forma más adecuada y con enfermedades más graves^{8,9} y, aunque su estancia media es superior, el porcentaje de estancias inadecuadas no es superior al de otras edades¹⁰. El beneficio obtenido por la reducción de los costes que supone la ubicación de los pacientes en instituciones más baratas y menos dotadas se pierde rápidamente con estancias más prolongadas; además, estas institu-

ciones no ofrecen ventajas en cuanto a la recuperación funcional en el accidente cerebrovascular agudo ictus ni en la fractura de cadera, y no hay evidencia científica que justifique que los pacientes ancianos deban ser remitidos directamente a cuidados intermedios, pasando por alto la evaluación especializada que las complejidades de la enfermedad y la incapacidad del anciano requieren¹¹. Debe tenerse en cuenta que, si bien existen múltiples definiciones de lo que es la calidad asistencial, la mayoría de ellas incluyen dos aspectos: conseguir unos objetivos de salud adecuados u óptimos y aplicar, ser acordes o compatibles con los conocimientos científicos o profesionales actuales.

3. Existe la evidencia de riesgos durante la hospitalización: infecciones, iatrogenia, utilización inadecuada de tranquilizantes o restricciones físicas, úlceras por presión (UP) y deterioro funcional; pero muchos de estos problemas también ocurren en las residencias y representan malos estándares de la práctica; además, muchos de los peligros de los cuidados médicos son evitables. Los riesgos asociados de los procedimientos médicos existen a cualquier edad y no son razones válidas para olvidar los beneficios potenciales del tratamiento².

El objetivo principal de la atención al anciano y, por tanto, de la medicina geriátrica, es evitar y limitar la aparición y el desarrollo del deterioro funcional a través de la prevención, la detección precoz y el tratamiento adecuado de la incapacidad. Las características particulares de la enfermedad en el anciano y sus diferentes grados de atención según la fase de la enfermedad han llevado al establecimiento de los niveles asistenciales específicos de cuidado para cada una de ellas. De acuerdo con publicaciones previas^{12,13}, y como se pone de manifiesto también en este informe, a diferencia de la mayoría de las prácticas clínicas, las intervenciones geriátricas han sido sistemáticamente evaluadas en ensayos múltiples aleatorizados.

Desde la SOGGEY somos conscientes del esfuerzo organizativo y presupuestario que está realizando el Servicio Extremeño de Salud (SES) tras recibir unas transferencias con un notable déficit en servicios de salud (déficit de camas de hospitalización, asistencia geriátrica especializada, salud mental, cuidados paliativos y coordinación entre servicios sanitarios y sociales, entre otros). Sin embargo, algunos datos nos hacen ver el futuro con preocupación.

Extremadura es una de las regiones más envejecidas del planeta (España es el sexto país más envejecido del mundo y Extremadura tiene un índice de envejecimiento superior a la media nacional). Para hacernos una idea del envejecimiento de la población extremeña exponemos datos del Instituto Nacional de Estadística de 1 de enero de 2001 que hacen referencia a la población ≥ 65 años de forma global y por provincias, desglosándolas por grupos de edad (65-74, 75-84, ≥ 85 años)¹⁴.

La población global extremeña era, en dichas fechas, de 1.073.050 habitantes (Badajoz con 662.808 habitantes y Cáceres con 410.242 habitantes); de ellos, los ≥ 65 eran 202.147 personas, lo que corresponde al 18,84% de la tasa total. Este índice es mucho mayor que el de las previsiones estimadas en esas fechas para este grupo de edad en el total de la población española¹⁴ (tabla 1).

TABLA 1.

Edad (años)	Cáceres (n)	Badajoz (n)	Total (n)
65-74	168.129	47.785	115.914
75-84	38.980	27.950	66.930
≥ 85	10.531	8.083	18.614

Elaborada a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (2001).

Además, presenta una elevada tasa de incapacidad (también superior a la media nacional) y, según la Encuesta de Salud de Extremadura 2001, la geriatría es la cuarta especialidad del médico al que se realizó una consulta (tras medicina general, traumatología, dermatología y oftalmología)¹⁵. A pesar de ello y de que está previsto el desarrollo de unidades de geriatría hospitalarias en los planes de salud de 1997-2000¹⁶ y 2001-2004¹⁷, en la actualidad sólo el 20% de la población tiene acceso a la asistencia geriátrica especializada¹⁶ a través de una única unidad de geriatría en el Complejo Hospitalario de Cáceres; a pesar del esfuerzo docente realizado por ésta, con formación de 2 médicos internos residentes al año (la más alta de cualquiera de las unidades/servicios del complejo), de los 10 especialistas formados tan sólo 3 trabajan como especialistas en la comunidad y, de ellos, sólo 1 para la Consejería de Sanidad. Según los objetivos del Plan de Salud de Extremadura 2001-2004, faltarían 7 unidades geriátricas de agudos en nuestra comunidad¹⁷.

En este número de la Revista presentamos la primera parte de un documento elaborado por la SOGGEX¹⁸ que tendrá su continuidad en los dos próximos. Pretendemos llamar la atención sobre la necesidad del desarrollo de servicios de atención geriátrica especializada (en el mismo sentido con el que comenzó a desarrollarse la geriatría hace más de 60 años y con el que sigue desarrollándose en países como Estados Unidos y Reino Unido), así como aportar una serie de consideraciones de cara a la planificación de la asistencia sanitaria al anciano, junto con otros documentos que se han elaborado o están en fase de elaboración por las sociedades de geriatría de ámbito nacional (Sociedad Española de Medicina Geriátrica [SEMEG]¹⁹ y Sociedad Española de Geriatría y Gerontología [SEGG]²⁰⁻²²), con la intención de que dejen de ser ciertas las afirmaciones que hiciera la doctora M. Warren en la revista *The Lancet* en 1946²³:

«No hay duda en absoluto de que estos pacientes han sido inadecuadamente cuidados en el pasado y con frecuencia continúan recibiendo una atención insuficiente y escasa, si es que reciben alguna, en una atmósfera que pierde totalmente la comprensión con su edad y condición. [...] La profesión médica, habiendo tenido éxito en la prolongación de la vida de hombres y mujeres, no debe seguir fallando en asumir su responsabilidad con el anciano enfermo o el que se vuelve débil. [...] Se necesita urgentemente un cambio en la actitud en el cuidado y tratamiento de los enfermos crónicos. [...] Si mantenemos el derecho de llamarnos a nosotros mismos una gran nación y una civilización cultivada, debemos incluir en nuestro concepto de sociedad a todos los miembros de la comunidad, viejos y jóvenes, enfermos y sanos, pobres y ricos, dependientes e independientes [...]».

Para finalizar, podemos concluir que un mayor acceso a los cuidados médicos para las personas mayores dará como resultado una reducción de la mortalidad y de la incapacidad. En países desarrollados y con un alto nivel sanitario, no hay excusa para ignorar los problemas médicos de las personas mayores o intentar redefinirlos como problemas sociales, remitiéndolos fuera del ámbito de la medicina². Los geriatras somos los médicos mejor preparados para manejar la creciente carga asistencial de los pacientes ancianos y será necesario un abordaje multidisciplinario a través de todo el espectro de los cuidados^{24,25}.

AGRADECIMIENTOS

La SOGGEX quiere agradecer la colaboración de Leocadio Rodríguez-Mañas, Jesús Pérez del Molino e Isabel Galán por su revisión crítica del documento completo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rubenstein LZ, Rubenstein LV. Multidimensional geriatric assessment. En: Tallis RC, Fillit HM, Brocklehurst JC, editors. Brocklehurst's textbook of Geriatric Medicine and Gerontology. 5th ed. Churchill Livingstone, 1998; p. 207-16.
2. Ebrahim S. The medicalisation of old age. BMJ 2002;324:861-3.

3. British Geriatrics Society. Submission evidence to the Royal Commission on Long-Term Care for the elderly. 1998. Disponible en: <http://www.bgs.org.uk/commain.htm>
4. Khachaturian Z. Meeting the global challenges of AD: societal and political perspectives. Comunicación al congreso: Current developments and future strategies in Alzheimer's disease. Barcelona, 1999. Libro de resúmenes 1999; p. 30-1.
5. De la Fuente C. Fundamentos demográficos y biomédicos para una atención sanitaria específica al anciano. En: Rodríguez-Mañas L, Solano JJ, coordinadores. Bases de la atención sanitaria al anciano. SEMEG, 2001; p. 15-55.
6. CIF introducción. Disponible en: <http://www.who.int/classification/icf/intros/CIF-Spa-Intro.pdf>
7. Manton KG, Gu XL. Changes in the prevalence of chronic disability in the United States black and non black population above age 65 from 1982 to 1999. *Proc Natl Acad Sci USA* 2001;98:6354-9.
8. González-Montalvo JJ, Bautista JJ, Rodríguez-Mañas L. Ingreso hospitalario urgente en servicios médicos: causas, justificación, factores sociales y sus diferencias en función de la edad. *Med Clin (Barc)* 1994;103:441-4.
9. Zambrana JL, Delgado M, Cruz G, et al. Factores asociados a ingresos inadecuados en un servicio de medicina interna. *Med Clin (Barc)* 2001;116:652-4.
10. Suárez F, Oterino D, Peiró S, et al. Factores asociados con el uso y adecuación de la hospitalización en personas mayores de 64 años. *Rev Esp Salud Pública* 2001;75:237-48.
11. Evans JG, Tallis LC. A new beginning for care for elderly people? *BMJ* 2001;322:807-8.
12. Boult C, Boult LB, Pacala J. Systems of care for older people of the future. *J Am Geriatr Soc* 1998;46:499-505.
13. Bautista JJ, González-Montalvo JJ, Solano JJ, Hornillos M. Atención sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica. *Med Clin (Barc)* 2000;115:704-17.
14. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo. Encuesta de salud de Extremadura año 2001. Resumen de resultados en población adulta (mayor de 15 años). Junta de Extremadura, 2003.
15. Encuesta de Salud de Extremadura 2001. Disponible en: <http://www.ine.es>
16. Envejecimiento y problemas asociados. En: Plan de Salud de Extremadura 1997-2000. Dirección General de Salud Pública y Consumo. Consejería de Bienestar Social. Junta de Extremadura, 1997; p. 179-84.
17. Problemas asociados al envejecimiento. En: Plan de Salud de Extremadura, 2001-2004. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitaria. Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura, 2000; p. 222-5.
18. Alonso T, Alonso-Ruiz MT, Arana A, Gallejo R, Gálvez N, Lozano G, et al. Necesidad del desarrollo de servicios especializados de atención al anciano frágil: informe de la Sociedad Extremeña de Geriatría (I). *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2004;39:61-72.
19. Rodríguez-Mañas L, Solano JJ, coordinadores. Bases de la atención sanitaria al anciano. SEMEG, 2001.
20. Grupo de expertos convocados por la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Salud y Asistencia Geriátrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1994;29(Supl 2):
21. Defensor del pueblo. Informes estudios y documentos. La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Madrid, 2000.
22. Documento-consenso elaborado por el grupo de expertos convocado por la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología bajo el patrocinio de la Fundación Caja Madrid. Salud y Asistencia Geriátrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1994;29(Supl 2):3-9.
23. Warren MR. Care of the chronic aged sick. *Lancet* 1946;1:841-3.
24. Cassel CK. Why physicians need to know more about the aging. *Hospital Practice* 2000;15:11-5.
25. Kane RL. Geriatrics as a paradigm for good chronic care. *Age Ageing* 2002;31:331-2.