

Prevenir la dependencia en las personas mayores, objetivo común de todos los profesionales y gestores de la salud

Javier Gómez Pavón

Servicio de Geriatría. Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid. España.

«La prevención de la dependencia, una labor de todos» fue el lema del XLVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG) celebrado en Las Palmas de Gran Canaria¹ en junio de 2004. Este lema refleja uno de los principales objetivos de la junta directiva de la SEGGER (2001-2007) a transmitir a las administraciones públicas, al resto de sociedades científicas, a los profesionales tanto del ámbito sanitario como social y a las asociaciones de mayores.

Su razón es clara. La dependencia, depender de otra persona para realizar las actividades de la vida diaria, es la principal preocupación y fundamental causa de sufrimiento y de baja calidad de vida relacionada con la salud en cualquier etapa de las personas mayores, incluido el tramo final de vida. En el ámbito sanitario, la dependencia se relaciona con un aumento de morbilidad, mortalidad e institucionalización, así como de consumo de recursos tanto sanitarios como sociales, lo que supone una clara relación con el aumento del coste sanitario². Por ello, establecer las recomendaciones de intervenciones efectivas para prevenir o retrasar la aparición de discapacidad y dependencia en las personas mayores debe ser una prioridad de salud pública.

En noviembre de 2004 la SEGGER participó como sociedad impulsora, a instancias de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria (semFYC) y con el patrocinio del Ministerio de Sanidad y Consumo, junto a más de otras 25 sociedades científicas impulsoras, en la realización de la futura «I Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España».

Una recomendación de actuación preventiva o de promoción de la salud incorrecta o innecesaria o, por el contrario, su no aplicación cuando es precisa, puede ser fuente de prejuicios tanto en la salud individual o colectiva como en el ámbito económico y de recursos humanos necesarios para llevarla a cabo. Los organismos actuales disponibles que generen periódicamente recomendaciones preventivas o de promoción de la salud son³:

– La Canadian Task Force on Periodic Health Examination, que editó en 1979 su primera publicación que hacía recomendaciones sobre 78 enfermedades o problemas de

salud. Desde entonces se han llevado a cabo varias actualizaciones y ha cambiado su nombre por Canadian Task Force on Preventive Health Care. Desde hace dos años atraviesa un período crítico porque dimitieron sus directores por la retirada de los fondos públicos.

– El US Preventive Services Task Force (USPSTF) se creó en 1984, siguiendo la línea de Canadá; actualmente está patrocinado por un organismo estatal norteamericano, la Agencia para la Calidad y la Investigación en Salud. Más recientemente, el Task Force on Community Preventive Services (USTFCPS), como organismo independiente aunque con estrechas relaciones con los Centers for Diseases Control and Prevention (CDC), con sede en Atlanta. Su diferencia con la USPSTF es que el enfoque de los problemas y las recomendaciones son desde la perspectiva de las intervenciones comunitarias y no desde la perspectiva individual del paciente.

– En Europa, la región europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) elaboró los programas CINDI (Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention) que, con base estatal (participan alrededor de 30 países de la región europea de la OMS y Canadá), pusieron en marcha programas y evaluaciones de intervenciones dirigidas a la prevención de las enfermedades crónicas.

– En España son muchas las sociedades científicas e instituciones públicas y privadas que intervienen de forma más o menos continuada en el campo de la prevención y promoción de la salud, bien realizando recomendaciones relativas a procesos incluidos en sus ámbitos temáticos o bien con estudios y proyectos de investigación en su campo correspondiente. A finales de 1988 se creó el PAPPS, un programa de la semFYC abierto a la participación de otros profesionales y sociedades de atención primaria, como es el caso de la Sociedad de Pediatría. El PAPPS continúa activo y revisa periódicamente sus recomendaciones a la luz de la evidencia y de las recomendaciones de los diferentes organismos y sociedades científicas.

Hasta el momento actual no existe en España prácticamente ningún organismo o institución independiente o de las administraciones sanitarias que se ocupe específica-

mente de forma continuada de analizar la evidencia científica disponible y de realizar recomendaciones preventivas y de promoción de la salud de forma global y para la práctica clínica, fuera de un ámbito especializado concreto. Éste fue el propósito de la I Conferencia Española sobre Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica, celebrada en Madrid en junio de 2007. Su objetivo fue realizar unas primeras propuestas de cuatro documentos de consenso y sentar las bases para la constitución de un Comité Español sobre Prevención y Promoción de la Salud, independiente, formado por expertos y con soporte de las sociedades científicas impulsoras de la conferencia y, especialmente, soporte económico de las administraciones sanitarias central y supuestamente también autonómicas.

Los cuatro documentos de partida presentados en la conferencia, propuestos y aprobados por las sociedades científicas impulsoras y las administraciones participantes fueron: «Prevención de la obesidad infantil y juvenil», «Prevención de los problemas derivados del consumo del alcohol», «Prevención de la dependencia en las personas mayores» y «Prevención cardiovascular».

Se constituyó el grupo impulsor con representantes de 5 sociedades científicas (SEGG, semFYC, Sociedad Española de Medicina Interna, Sociedad Española de Medicina Geriátrica y Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria) y del Ministerio de Sanidad y Consumo, que realizaron un documento base que, posteriormente, fue consensuado con el resto de expertos consultores de otras 6 sociedades científicas diferentes (Sociedad Española de Neurología, Sociedad Española de Neuropsiquiatría, Sociedad Española de Vacunología, Sociedad Española de Epidemiología, Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física, y Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y de Atención Primaria) y de 7 comunidades autónomas (Madrid, Cataluña, Canarias, Asturias, Galicia, Extremadura, Castilla y León) y las 2 ciudades autónomas existentes. El documento final es el que se expone en su totalidad en este número monográfico⁴, aprobado por las 11 sociedades científicas de diferentes especialidades y ámbitos de actuación, junto con la administración central y las autonómicas, y tomado como uno de los documentos de partida del futuro Comité Español sobre Prevención y Promoción de la Salud.

Aunque puede ser un documento que no abarque todas las recomendaciones posibles desde la geriatría y desde el resto de las sociedades participantes en su correspondiente ámbito de actuación, sí es lo suficientemente amplio y consensuado para recoger las principales necesidades a la luz de las actuales evidencias científicas disponibles en la literatura científica, ya que no se ha dispuesto de fondos ni medios propios para su realización. Pero lo principal, desde nuestro punto de vista, es que se ha logrado situar en un primer plano a la persona mayor y su forma de enfermar, la dependencia, a la misma altura que el resto de la población (niños, adultos y jóvenes) y por encima de enferme-

dades que siempre han sido las principales (cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular, osteoporosis, hipertensión, etc.).

El documento consta de un primer punto de justificación y magnitud del problema en donde se recoge lo expuesto sobre la relevancia de la dependencia en las personas mayores, donde se recomienda que si bien es «necesario reforzar los dispositivos asistenciales para las personas gravemente dependientes, no se deben dejar en segundo plano los esfuerzos para evitar la dependencia o para la recuperación cuando la dependencia es reversible, por lo que las intervenciones que tengan como objetivo la actuación preventiva, precoz y rehabilitadora deben ocupar un lugar preferente». La ley de «Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia», en su artículo 21, establece las bases para la prevención de las situaciones de dependencia; sin embargo, en su disposición final primera, de aplicación progresiva de la Ley, no se menciona explícitamente este carácter preventivo, sino la asistencia a la dependencia ya establecida. Desde nuestro punto de vista⁵, debería de haber constado en la ley el compromiso serio del Sistema Nacional de Salud (SNS) en la prevención de la dependencia en las personas mayores en todos sus niveles (primaria, especializada y sociosanitaria). Ha sido una oportunidad perdida. La ley debería de haber exigido al SNS el desarrollo de un plan integral de atención geriátrica en su cartera de servicios, común para todo el Estado, tanto para la prevención de la dependencia como para el componente sanitario de atención a la dependencia. Así, todo ello hubiera encajado en el desarrollo todavía pendiente de la ley de cohesión y calidad del SNS. Desaprovechada esta oportunidad, al menos con el documento realizado, aprobado y patrocinado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, el SNS debería de hacer suyas las recomendaciones realizadas en este informe de consenso de «Prevención de la dependencia en las personas mayores»⁴.

En el tercer punto del documento, se realizan las principales definiciones a tener en cuenta por todos los implicados. Cabe destacar la clasificación de las personas mayores en 5 tipologías: persona mayor sana, persona mayor con enfermedades crónicas, persona mayor en riesgo y frágil, persona mayor en situación de dependencia transitoria o permanente y persona mayor en situación al final de vida. La fragilidad se consideró como un *continuum* que se inicia con una pérdida de la reserva fisiológica del organismo suficiente para provocar un principio de deterioro funcional (*fragilidad preclínica*); si éste progresa, lleva al individuo a una situación de vulnerabilidad, que requiere la utilización de recursos sanitarios y sociales (*fragilidad clínica*). Si estas necesidades no son cubiertas, se produce la dependencia, que más tarde puede llevar a la institucionalización y, finalmente, al fallecimiento. Por ello, en la tipología de persona mayor en riesgo y frágil se incluye en realidad 2 subgrupos de pacientes, el anciano frágil propiamente dicho (*fragilidad preclínica*) y el anciano en

riesgo (fragilidad clínica). Por ser un documento de consenso entre 11 sociedades científicas, no se ha realizado esta subdivisión, y se ha «sacrificado» la detección del anciano frágil como fenotipo, síndrome de fragilidad (criterios de Fried⁶) por el anciano en riesgo y frágil definido por pérdida de actividades instrumentales o bien por la detección de casos y selección de sujetos que presenten uno o más factores de riesgo de deterioro funcional.

Igualmente, se ha definido, como no podría ser de otro modo, la dependencia coincidiendo con la definición de la citada Ley de Dependencia (Consejo de Europa, OMS).

El instrumento de valoración de la dependencia, realizado en la citada ley, no es útil desde el punto de vista clínico, ya que su finalidad no es clínica sino de elegibilidad de acceso a un sistema de prestación social.

No se utiliza el concepto de persona mayor terminal sino el de persona mayor en situación de final de vida, que se basa, más que en el tiempo, en las trayectorias de enfermedad en donde el tiempo no es un acicate para atender al paciente de acuerdo con sus necesidades específicas, ni marca el principio y el fin de una u otra actuación sanitaria. También en esta tipología de pacientes es necesaria y útil una prevención de la dependencia.

En los puntos cuatro y cinco del documento ya se entra de lleno en las recomendaciones; se las divide en 3 apartados: recomendaciones de promoción de la salud y prevención de enfermedad; prevención del deterioro funcional, y prevención de la iatrogenia, y a su vez, cada uno desde atención primaria y desde atención especializada. Como se afirma en el documento, la dependencia es el resultado de la combinación de cambios fisiológicos relacionados con la edad, las enfermedades crónicas y los procesos agudos o intercurrentes. Todo ello además influido por el entorno psicosocial, ambiental y sanitario. Prevenir la dependencia en las personas mayores no es sólo prevenir la enfermedad, sino que además es prevenir específicamente el deterioro funcional y la iatrogenia.

Las recomendaciones se han establecido en diferentes grados de recomendación, a semejanza de otros documentos, y para ellas se ha tenido en cuenta la adaptabilidad a nuestro sistema sanitario, la dada por otros organismos o sociedades científicas en relación con todas las edades y, específicamente, en las personas mayores. Esto acarrea como inconveniente las limitaciones metodológicas del documento, pero a su vez tiene como ventaja que no es un documento de simple exposición de literatura científica, sino que presenta una graduación de recomendaciones muy orientativa para la práctica clínica.

Finalmente, en el punto sexto se han realizado 2 tablas resúmenes de lo que consideramos una de las aportaciones más importantes del documento: las adaptaciones de todas las recomendaciones de acuerdo con la tipología de

pacientes, consensuando una a una cuál estaría indicada y cuál no con las peculiaridades de cada tipología de persona mayor.

No me resta más que agradecer el trabajo arduo realizado durante estos cerca de 3 años a los miembros del equipo impulsor y a los expertos participantes, así como a los representantes de las diferentes administraciones públicas, en su dedicación y su esfuerzo por conseguir el consenso de todos y para todos.

Este número monográfico se completa con 3 puntos de vista: el de la administración, el de sociedades y el de los promotores del documento y de la conferencia. Se exponen los puntos de la administración⁷ (Ministerio de Sanidad y Consumo), de atención primaria⁸ (el reto de implicar a sanidad y en este caso a la atención primaria en envejecer bien, con salud y de forma activa, envejecimiento saludable) y de salud pública y administración sanitaria⁹ (cómo llevar a la práctica las recomendaciones para que no sean sólo buenas tablas científicas).

Esperamos que todo el esfuerzo realizado no sea en vano, y que el SNS apoye el desarrollo del futuro Comité Español sobre Prevención y Promoción de la Salud, que tenga en cuenta el documento y, especialmente, que ponga en marcha sus recomendaciones para mejorar entre todos la salud de las personas mayores en el siglo XXI.

BIBLIOGRAFÍA

- La prevención de la dependencia, una labor de todos. XLVI Congreso de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. X Congreso de la Sociedad Canaria de Geriatría y Gerontología. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2004; 39 Supl 2.
- Reuben DB. Organizational interventions to improve the health outcomes of older persons. Med Care. 2002;40:416-28.
- Hacia la creación de un comité español sobre prevención y promoción de la salud. Resumen ejecutivo. 1.^a Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. p. 41-5.
- Gómez Pavón J, Martín Lesende I, Baztán Cortés JJ, Regato Pajares P, Abizanda Soler P, Formiga Pérez F, et al, Grupo Impulsor Documento. Prevención de la dependencia en las personas mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008;42 Supl 2:15-57.
- Informe de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología sobre el Proyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2006;41 Supl 1: 61-3.
- Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al; Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001;56:M146-56.
- Merino Merino B. Un camino hacia el envejecimiento activo. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008;42 Supl 2:12-4.
- Martín Lesende I, Martín Zurro A, Moliner Prada C, Aguilera García L. Envejecimiento activo, la mejor «receta» para prevenir la dependencia. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008;42 Supl 2:4-6.
- Segura A. La prevención de la dependencia. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008;42 Supl 2:7-11.