

La prevención de la dependencia

Andreu Segura

Institut d'Estudis de la Salut. Barcelona. España.

Los seres humanos somos animales sociales, de manera que un cierto grado de dependencia es consustancial a nuestra existencia. Claro que puede ser más o menos acusada, transitoria o irreversible. Sin embargo, la dependencia que justifica alguna intervención sanitaria es, como define el Consejo de Europa, «... un estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria»¹.

En cambio, la dependencia que caracteriza la primera etapa de la vida no sólo no es negativa sino necesaria para el aprendizaje. Desde otro punto de vista, la evolución de las sociedades humanas comporta una creciente interdependencia cuyo máximo exponente sería la globalización. Por otro lado, la complejidad que han adquirido las sociedades opulentas, en las que los sistemas sanitarios han incrementado extraordinariamente su influencia, implican un aumento de la dependencia que, a menudo, supone una merma de la autonomía, una característica básica de la salud entendida como algo más que la mera ausencia de enfermedad. Prevenir la dependencia asociada a la medicalización es uno de los objetivos básicos de los programas de promoción de la salud, según los planteamientos de Antonovsky² y resulta imprescindible para alcanzar la emancipación (*empowerment*) propuesta por la Carta de Ottawa de 1986³.

El propósito de este trabajo es plantear las intervenciones de prevención de la dependencia y sus causas en el contexto de las políticas globales de salud que, por ello, requieren la participación activa del conjunto de la población. El sistema sanitario no debe verse, pues, como un determinante único y su papel consiste, además de las actividades que le son propias, en contribuir a la promoción de la salud de las poblaciones expuestas al riesgo de resultar de-

pendientes y a la prevención de las causas de la dependencia vulnerables a su intervención, entre las cuales destaca la prevención de la iatrogenia. Para ello se han tenido especialmente en cuenta el dictamen del Consejo Asesor de Sanidad⁴ y el documento de consenso⁵ elaborado por un grupo de expertos de las sociedades científicas y de las administraciones sanitarias con motivo de la I Conferencia Nacional en Prevención y Promoción de la Salud.

UNA CONSIDERACIÓN CONCEPTUAL

Si bien la dependencia es acreedora de la acción preventiva en cualquiera de sus niveles, resulta más operativa la noción de dependencia funcional⁶ como manifestación de la discapacidad que se manifiesta primero como deficiencia y posteriormente como limitación de las actividades habituales y restricción de la participación.

Se entiende por deficiencia cualquier alteración física o psíquica que afecte a la anatomía y el funcionamiento de modo prolongado. Pueden implicar limitaciones que suelen estar condicionadas por el entorno, como las barreras del medio físico que obstaculizan la movilidad de quienes las sufren, sean locomotoras, sensoriales o de otro tipo.

La acción preventiva de la dependencia tiene como principal objeto evitar o neutralizar las deficiencias que la generan y que son provocadas por enfermedades y traumatismos, experimentados en un determinado contexto social y que vienen condicionadas por la influencia de los determinantes biológicos, ambientales y culturales, que incluyen los asociados al envejecimiento patológico. De ahí que los servicios sanitarios estén llamados a intervenir, aunque no sólo ellos, en la prevención de la dependencia.

La equivalencia entre las actividades de promoción de la salud y la prevención de enfermedades, básicamente en el ámbito asistencial de los sistemas sanitarios, es propia de la perspectiva de la medicina preventiva, la cual se basa en una concepción patogénica. De este modo, la promoción de la salud que se postula se circunscribe a los sistemas sanitarios, lo que supone, en la práctica, una limitación del papel que tiene la sociedad como factor determinante de la salud de las personas y de las poblaciones.

Correspondencia: Dr. A. Segura.
Roc Boronat, 81-95. 08005 Barcelona. España.
Correo electrónico: andreu.segurab@gencat.net

Recibido el 17-12-2007; aceptado el 4-1-2008.

Esta concepción proporciona un protagonismo desproporcionado a los sistemas sanitarios, que no tienen capacidad de modificar adecuadamente los determinantes colectivos de la salud, porque ello requiere cambios en la organización social que escapan a sus posibilidades de influencia. Cambios que se inscriben directamente en la esfera de la política.

Así, por ejemplo, las actividades clínicas preventivas de las enfermedades cardiovasculares, dirigidas al control de la hipertensión arterial y de las dislipemias, se basan, en el mejor de los casos, en dos tipos de medidas. Por un lado, proporcionar consejos higiénicos acerca de la alimentación saludable y la actividad física y, por otro, prescribir medicación para controlar la hipertensión o la hipercolesterolemia. Modificar los comportamientos personales relacionados con la actividad física y la alimentación es una actividad poco agradecida que requiere un esfuerzo ímprobo cuando se lleva a cabo en el ámbito asistencial. Además tiene muy poco impacto en la población, como muestra la información sobre obesidad y sedentarismo de las distintas ediciones de la Encuesta Nacional de Salud⁷. Por otra parte, la medicación profiláctica goza de una adhesión limitada, que afecta también a las personas mayores⁸, en las cuales es habitual la polimedicación, con el agravante de que a menudo se percibe como alternativa más que como complemento de las medidas higiénicas. No es raro, tampoco, que se adquieran los medicamentos para no consumirlos o para tomarlos sólo esporádicamente, con ocasión de algún exceso dietético.

Naturalmente, cuando se consigue evitar la aparición de enfermedades, la salud se incrementa, de manera que una intervención preventiva efectiva implica aumentar la salud y por ello resulta en su promoción. Sin embargo, es igualmente posible promover la salud, es decir incrementar el grado de capacidad y de autonomía de las personas y de las poblaciones, su vitalidad, directamente.

Como los determinantes positivos de la salud tienen que ver con las posibilidades económicas, con las condiciones de vida y de trabajo, con la existencia de redes de apoyo que nos proporcionen estímulos y nos enriquezcan como personas y como comunidades, el papel de los sistemas sanitarios en este ámbito, siendo importante, no es decisivo.

EL PAPEL DEL SISTEMA SANITARIO

Claro que un sistema sanitario de acceso universal, capaz de curar algunas de las enfermedades que nos afectan, aliviar los padecimientos que provocan las enfermedades crónicas —y controlarlas consiguiendo con ello mejorar la calidad de vida— y, sobre todo, contribuir a procurar una muerte digna⁹, deviene un elemento importante de cohesión social, puesto que proporciona seguridad.

El sistema sanitario tiene, además, cierta capacidad de reducir la incidencia de algunas enfermedades, de modificar favorablemente el pronóstico de algunas de ellas, tra-

tándolas de forma temprana y, desde luego, también puede evitar muchas complicaciones que se presentan en la fase de estado de las enfermedades, mediante intervenciones específicamente dirigidas a evitarlas y a prevenir eventuales secuelas. Son las actividades denominadas tradicionalmente de prevención primaria, secundaria y terciaria, respectivamente, a las que, desde hace unos 20 años, se añade la prevención cuaternaria¹⁰, nuevo término propuesto por Jamouille¹⁰ con el que se pretende insistir en la conveniencia de evitar la iatrogenia

Desde el punto de vista de la prevención, las situaciones de dependencia que nos interesan especialmente son aquellas a las que se llega debido a alguna enfermedad, insanía o traumatismo, que es más probable cuanto mayor sea la persona afectada. No sólo debido al papel que desempeña un tiempo más prolongado de exposición a los factores de riesgo, sino también al fracaso de los sistemas de regulación del organismo, incapaces de compensar indefinidamente los desperfectos que provoca el desgaste.

De las enfermedades crónicas, las que generan más dependencia en la población anciana son la artrosis y las deficiencias sensoriales de la vista y el oído, por encima de la atribuible a la enfermedad isquémica del corazón, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la diabetes o el cáncer¹¹. Se ha estimado que una disminución bienal de la prevalencia de artrosis del orden del 1% tendría un impacto cuatro veces superior sobre la autonomía funcional que una disminución equivalente en enfermedad coronaria y cáncer¹².

Los factores relacionados con los comportamientos personales, como la actividad física o la alimentación, están asociados positivamente con la autonomía funcional¹³, si bien no dependen exclusivamente de las decisiones personales ya que las circunstancias del entorno pueden ser decisivas¹⁴. La adaptación del entorno doméstico, por ejemplo, resulta más eficiente para la prevención de caídas en ancianos con problemas visuales que programas de ejercicio u otras intervenciones¹⁵.

Que la vida valga la pena es una de las características más relevantes de la vejez saludable, de forma que la existencia tenga sentido y utilidad social se valora como un factor predictor de la autonomía y la satisfacción personal de mucha relevancia¹⁶. Además de los factores físicos como la fragilidad, las enfermedades crónicas o el uso de fármacos, hay que tener en cuenta los determinantes psicológicos, sean trastornos mentales o de la personalidad, y los factores culturales, como las expectativas y los estereotipos¹⁷. Entre los trastornos mentales destaca la depresión, que acelera los procesos de envejecimiento y declive. Ansiedad y depresión suelen asociarse a otras enfermedades agravando su evolución y la discapacidad consecuente. El control de trastornos cognitivos y de orden psicológico y psicosocial que agravan o favorecen estados de dependencia de las personas mayores es particularmente necesario dada la susceptibilidad de estos pacientes. Entre ellos conviene destacar la carencia de soportes sociales, que genera

situaciones de aislamiento y soledad¹⁸. También requieren especial atención los efectos iatrogénicos generadores de complicaciones graves que comprometen la autonomía de las personas, principalmente los asociados a la polimedición y al uso inapropiado y excesivo de psicofármacos.

PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD

La promoción de la salud (física, psíquica y social) se puede llevar a cabo en los distintos ámbitos de la comunidad y de forma global. Los beneficios de las actividades de promoción de la salud dirigidos al conjunto de la población se manifiestan también entre las personas mayores para las que, no obstante, se deben tener en cuenta sus particularidades a la hora de diseñar y poner en práctica programas específicos, entre los que resultan prioritarios los dedicados a promover la alimentación y la actividad física saludables, cuyas consecuencias no sólo comportan una mejora de la salud, sino también la prevención de diversas enfermedades.

Este tipo de programas se beneficia de la participación activa de la comunidad, por lo que se deberían fomentar activamente proyectos de investigación participativa comunitaria¹⁹. Aunque en nuestro país no abundan las iniciativas de participación comunitaria, deben tenerse en cuenta los congresos nacionales de organizaciones de mayores (CEOMA)²⁰, los «foros de pacientes»²¹, el programa de actividades comunitarias de la atención primaria (PACAP) de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria y sus homólogos autonómicos, etcétera.

En relación con las actividades de protección de la salud, éstas incluyen las dirigidas al medio, comúnmente englobadas en el saneamiento ambiental, la seguridad vial y la seguridad alimentaria, junto con las actividades de prevención de enfermedades en las personas²²⁻³⁴. Buena parte de estas actividades se integra en la práctica clínica, básicamente de la atención primaria de la salud, mediante estrategias de prevención primaria —vacunación y tratamiento temprano de factores de riesgo—, secundaria—básicamente frente a algunos tipos de cáncer— y terciaria. En cualquier caso, se trata de promover las intervenciones que supongan una menor medicalización, dispongan de pruebas suficientes de su eficacia y seguridad, y se demuestren factibles en las condiciones de aplicación²⁵.

Puesto que las principales enfermedades causantes de dependencia en personas mayores son los accidentes cerebrovasculares agudos, las artrosis, las demencias (enfermedad de Alzheimer y demencias vasculares), las enfermedades de corazón, los déficits sensoriales (sobre todo de visión, degeneración macular asociada a la edad, retinopatía diabética, glaucoma) y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, y dado que los factores de riesgo asociados a estas enfermedades son la obesidad, la hipertensión arterial, el consumo de tabaco, el sedentarismo y la inmovilidad, la diabetes y la depresión, la reducción de la pre-

valencia de estos factores de riesgo puede tener un impacto notable.

Si bien la información científica es muy consistente en cuanto al papel de las enfermedades y los factores de riesgo, no ocurre lo mismo con la efectividad de los programas e intervenciones preventivas, y las pruebas disponibles son limitadas²⁶. En este sentido, hay que mencionar las orientaciones de conocidas guías sobre intervenciones clínicas preventivas²⁷ en las que se revisan actividades que pueden llevar a cabo los profesionales asistenciales. En cuanto a los factores de riesgo, existen recomendaciones basadas en pruebas contrastadas de la eficacia respecto de la diabetes, obesidad, tabaquismo, hipertensión, depresión, deterioro cognitivo, consumo de aspirina y agudeza visual, entre otras. Sin embargo, para que estas recomendaciones resulten efectivas en nuestra realidad hay que valorar la capacidad actual de nuestros servicios sanitarios para llevarlas a cabo. El abordaje comunitario dispone de muchas menos recomendaciones, aunque desde 1993 los CDC disponen de una Task Force que elabora guías de servicios preventivos comunitarios, en las que se consideran los problemas de salud más relevantes para la comunidad²⁸.

Un aspecto particularmente importante de la prevención de la dependencia es el que tiene que ver con la adecuada utilización de las posibilidades profilácticas y terapéuticas, de forma que los pacientes se beneficien de un tratamiento que evite al máximo las complicaciones y secuelas de las enfermedades, lo que se conoce como prevención terciaria y, dada la creciente importancia de la iatrogenia, de una actitud y una práctica que respeten la máxima tradicional del *primum non nocere*, o la prevención cuaternaria.

Se estima que la incidencia del daño no intencionado que provocan algunas intervenciones diagnósticas, profilácticas o terapéuticas puede ser en la población anciana el doble que la que padece la población más joven. Claro que el daño puede resultar también de la omisión, lo que supone del orden del 10% de los efectos adversos, del mismo orden de frecuencia que las atribuidas a procedimientos diagnósticos que, en algunos casos, son superfluos. Sin embargo, son más frecuentes las complicaciones iatrogénicas derivadas de intervenciones terapéuticas. Más importante es que cerca de la mitad de estas complicaciones eran evitables²⁹. La iatrogenia medicamentosa, cuyos efectos más gratuitos se evitan limitando la prescripción a aquellos fármacos cuyos beneficios potenciales justifiquen los riesgos, tiene particular importancia. No obstante, a pesar de que exista indicación positiva de la prescripción pueden aparecer efectos indeseables, de manera que siempre se debe tener en cuenta las necesidades y circunstancias de los pacientes. En este sentido, conviene una extrema prudencia en los casos de polimedición, harto frecuentes. También es importante la infraprescripción y, como un caso particular, la administración de dosis insuficientes, como posible causa de iatrogenia. La dosifica-

ción se debe adaptar a las características fisiológicas de la persona mayor (peso y función renal, primordialmente), especialmente si ésta presenta datos de fragilidad y monitorizar sus efectos y cumplimiento terapéutico. Las interacciones entre fármacos y la interferencia con los procesos de envejecimiento y con la comorbilidad acompañante aumentan la frecuencia de las reacciones adversas medicamentosas (RAM)³⁰.

Más de un tercio de las personas mayores presentan efectos adversos que a menudo requieren cuidados sanitarios específicos. En España, hasta un 15% de los ingresos hospitalarios de personas mayores se asocian a RAM, y también es del 15% la incidencia de RAM en pacientes mayores hospitalizados³¹. Buena parte del riesgo de caídas, la incontinencia urinaria o el deterioro cognitivo reversible se deben a RAM, por lo que resulta básico prevenir las interacciones, los olvidos y las confusiones. La utilización de criterios estrictos de selección de las indicaciones, como por ejemplo los de Beers, propuestos especialmente para los pacientes ancianos³², son, junto con una correcta supervisión de su administración, intervenciones preventivas útiles. Otros indicadores de calidad farmacológicos, como los que aporta el proyecto ACOVE (Assessing Care of Vulnerable Elders) son fáciles de aplicar. En esencia, recuerdan la importancia de la indicación claramente definida, de la educación del paciente o de sus cuidadores directos sobre el propósito, la posología y los potenciales efectos adversos y la necesidad de una evaluación periódica de la respuesta³³.

También deben seguirse criterios estrictos de selección de las pruebas complementarias de diagnóstico sobre la base de beneficios tangibles³⁴. Una prueba diagnóstica está justificada si de ella se derivará un tratamiento potencialmente eficaz o si influirá en el plan de cuidados posterior³⁵.

La valoración geriátrica integral contribuye a la seguridad de las decisiones diagnósticas y terapéuticas. Los equipos denominados ortogeriátricos mejoran la accesibilidad al tratamiento quirúrgico de ancianos con fractura de cadera, pese a presentar una mayor comorbilidad asociada, además de una reducción de las complicaciones posquirúrgicas, de la mortalidad y de la incapacidad³⁶.

La falta de adaptación de la estructura sanitaria a las necesidades asistenciales del anciano frágil puede favorecer el desarrollo de deterioro funcional y dependencia. La hospitalización el año anterior es un antecedente en el 50% de los pacientes que desarrollan dependencia, y una tercera parte de los ancianos hospitalizados ven deteriorarse su situación funcional previa. Naturalmente, muchas hospitalizaciones son inevitables, de manera que, además de restringir el ingreso a aquellas situaciones indicadas, debe adaptarse la hospitalización a las necesidades del paciente mayor³⁷.

Finalmente, conviene mencionar la responsabilidad del sistema sanitario contribuyendo a facilitar una muerte digna a los ciudadanos. Porque en cierto sentido constitu-

ye también una intervención de promoción de la salud y de prevención de situaciones, a menudo innecesariamente agravantes. Para quien va a morir y para sus próximos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Recomendación n.º (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia. Adoptada el 18 de septiembre de 1998. Versión en español del IMSERSO (Observatorio de personas mayores), Vejez y protección social a la dependencia en Europa. Madrid: IMSERSO; 1999. p. 13.
2. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promot Int.* 1996;11:11-8.
3. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud, 1986. [Accedido 6 Dic 2007.] Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
4. Grupo de trabajo del Consejo Asesor de Sanidad. Envejecimiento y Dependencia. Abordaje de la dependencia asociada a la salud en las personas mayores. Mimeografiado. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
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.
6. Casado D. La dependencia funcional y sus demandas. Congreso Iberoamericano sobre discapacidad, familia y comunidad. Buenos Aires: Asociación AMAR; 2005.
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de salud. [Accedido 15 Dic 2007.] Disponible en: www.msc.es
8. Weber MA, Wenger NK. Drug choice affects treatment compliance and blood pressure outcomes in elderly hypertensive patients. *Am J Geriatr Cardiol.* 2007;16:277-8.
9. The goals of medicine. Setting new priorities. The Hastings Center Report, 1996. Traducción española: Los fines de la medicina. El establecimiento de unas nuevas prioridades. Un proyecto internacional del Hasting Center. Barcelona: Fundació Victor Grífols i Lucas; 2004. Disponible en: www.fundaciongrifols.org/
10. Jamouille M. Information et informatisation en médecine generale. En: *Les informa-G-Ciens.* Presses Universitaires de Namur; 1986. p. 193-209.
11. Verbrugge LM, Patrick DL. Seven chronic conditions: their impact on US adults' activity levels and use of medical services. *Am J Public Health.* 1995;85:173-82.
12. Boulton C, Altmann M, Gilberston D, Yu Ch, Kane RL. Decreasing disability in the 21st century: the future effects of controlling six fatal and nonfatal conditions. *Am J Public Health.* 1996;86:1388-93.
13. Seeman TE, Charpentier PA, Berckman LF, Tinetti ME, Guralnik JM, Albert M, et al. Predicting changes in physical performance. *J Gerontol.* 1994;49:M97-108.
14. Strawbridge WJ, Wallhagen MI, Cohen RD. Successful aging and well-being. Self-rated compared with Rowe and Khan. *Gerontologist.* 2002;42:727-33.
15. Campbell AJ, Robertson MC, La Grow SJ, Kerse NM, Sanderson GF, Jacobs RJ, et al. Randomised controlled trial of prevention of falls in people aged > 75 with severe visual impairment: the VIP trial. *BMJ.* 2005;331:817.
16. Bowling A, Dieppe P. What is successful ageing and who should define it? *BMJ.* 2005;331:1548-51.
17. Baltes MM, Wahl HW, Schmid-Furstoss U. The daily life of elderly Germans: activity patterns, personal control and functional health. *J Gerontol.* 1990;45:173-9.
18. Zunzunegui V, Kone A, Johri M, Beland F, Wolfson C, Bergman H. Social networks and self-rated health in two French-speaking Canadian community dwelling populations over 65. *Soc Sci Med.* 2004;58:2069-81.
19. Minkler M, Wallerstein N, editors. *Community-Based participatory research for Health.* San Francisco: Jossey-Bass; 2003.
20. Oso A. La discriminación sanitaria de las personas mayores. VII Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores [mimeografiado]. Madrid: CEOMA; 2005.

21. Foro español de pacientes. Disponible en: www.webpacientes.org/
22. Boulton CH, Altmann M, Gilbertson D, Yu Ch, Kane RL. Decreasing disability in the 21st century: The future effects of controlling six fatal and nonfatal conditions. *Am J Public Health.* 1996;86:1388-93.
23. Fries JF. Can Preventive gerontology be on the way? *Am J Public Health.* 1997;87:1591-2.
24. Stuck AE, Beck JC, Egger M. Preventing disability in elderly people. *Lancet.* 2004;364:1641-2.
25. Segura A. La inducción sanitaria de los cribados: aspectos éticos. En: Palomo L, Ortún V, Benavides FG, Márquez S, editors. La salud pública frente a los efectos secundarios del progreso. Informe SESPAS 2006. Disponible en: www.sespas.es
26. International Union for Health Promotion and Education. The evidence of health promotion effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe. Luxemburg: European Commission, 1999. Traducción española del Ministerio de Sanidad y Consumo.
27. US Preventive Services Task Force 2005, Canadian Task Force on Preventive Health Care. Disponible en: www.ctfphc.org
28. Centers for Disease Control and Prevention. The community preventive guide [accedido Dic 2007]. Disponible en: www.thecommunityguide.org/
29. Lefevre F, Feinglass J, Potts S, Soglin L, Yarnold P, Martin GJ, et al. Iatrogenic complications in high-risk, elderly patients. *Arch Intern Med.* 1992;152:2074-80.
30. Catterson ML, Preskorn SH, Martin RL. Pharmacodynamic and pharmacokinetic consideration in geriatric psychopharmacology. *Psychiatr Clin North Am.* 1997;20:205-18.
31. Vilà A, San José A, Roure C, Armadans L, Vilardell M. Estudio multicéntrico prospectivo de reacciones adversas a medicamentos en pacientes ancianos hospitalizados. *Med Clin (Barc).* 2003;120:613-8.
32. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller WE, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. Results of a US consensus panel of experts. *Arch Intern Med.* 2003;163:2716-24.
33. Higashi T, Shekelle PG, Solomon DH, Knight EL, Roth C, Chang JT, et al. The quality of pharmacologic care for vulnerable older patients. *Ann Intern Med.* 2004;140:714-20.
34. Mayor S. Seriously ill elderly patients are subjected to futile endoscopies. *BMJ.* 2004;329:873.
35. Swift CG. The problem-oriented approach to geriatric medicine. En: Pathy MSJ, editor. Principles and practice of geriatric medicine. 3.ª ed. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.; 1998. p. 269-80.
36. Sánchez Ferrín P, Mañas M, Márquez A, Dejoz MT, Quintana S, González F. Valoración geriátrica en ancianos con fractura proximal de fémur. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 1999;34:65-71.
37. Baztán JJ. Estrategias para reducir las complicaciones y mejorar la calidad de cuidados de los pacientes ancianos hospitalizados. En: Servicio de Geriátrica del Hospital Central Cruz Roja. Reducción de la iatrogenia en el paciente anciano. Madrid: Senda Ed.; 2003. p. 87-120.