

Prevencción de la deficiencia, discapacidad y dependencia en Geriatría

Dr. Isidoro Ruipérez Cantera.

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

Dr. Javier Gómez Pavón.

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

Texto revisado y actualizado de la edición de 2003 del
"Curso de prevención de deficiencias. Materiales"



1. INTRODUCCIÓN

La frecuencia de las diferentes formas de deficiencias, tanto físicas como mentales, tiene una clara relación directa con la edad, son un tributo que con frecuencia hay que pagar por vivir muchos años, aunque en absoluto es obligado que así suceda.

La mayor y gran consecuencia del mal llamado problema del envejecimiento (se llama problema a lo que es consecuencia del desarrollo y bienestar y que para sí querrían padecerlo gran cantidad de países donde llegar a viejo es un lujo), es la dependencia como consecuencia de esas frecuentes deficiencias. Los problemas sociales y familiares son casi siempre consecuencia de la dependencia; los temores a que se desajusten los presupuestos también son debidos a las necesidades de servicios de los que padecen deficiencias. Los válidos y los sanos no son considerados problema, ni tan siquiera sus modestas pensiones, pues les permiten cuidar de los nietos, mantener el turismo invernal, etc., todo a un módico coste.

España presenta uno de los índices más altos de envejecimiento, un 16,7% de la población total, y el proyectado por el Instituto Nacional de Estadística para el 2060 es del 29,9%, es decir casi un tercio de la población serán personas mayores. Un hecho importante es el incremento de personas de edad avanzada, el llamado envejecimiento del envejecimiento, personas que han superado los 80 años. Según el último Padrón Municipal de Habitantes (2007) éstas suponen un 4,5% de la población total y un 27,2% de la población mayor, con estimaciones futuras que casi triplican estas cifras.

Este envejecimiento poblacional está comportando un importante y progresivo aumento de la morbilidad asociada a procesos crónicos y degenerativos frecuentemente incapacitantes. Las tasas de discapacidad aumentan con la edad. A partir de los 80 años uno de cada dos mayores declara alguna discapacidad (50%), y a partir de los 90 años tres de cada cuatro personas (75%) tienen problemas o limitaciones en actividades en diferente grado de severidad (desde leve a total). Debido al tamaño de las cohortes actuales de personas mayores y a esas tasas más altas la cifra de mayores con discapacidad supone el 57,9% de todas las personas con discapacidad en España (avance de resultados sobre la **Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia** (EDAD-2008) (Castejón P y A, 2008).

La principal preocupación de las personas mayores y sus familias si siguen viviendo más años es la salud, y lo es por sus consecuencias en términos finales de dependencia. La dependencia, depender de otra persona para realizar las actividades de la vida diaria, es la principal causa de sufrimiento y de baja

calidad de vida en las personas mayores. Su prevalencia se correlaciona con un aumento de morbilidad, mortalidad e institucionalización, así como del consumo de recursos tanto sanitarios como sociales, todo lo cual conlleva un aumento del coste sanitario.

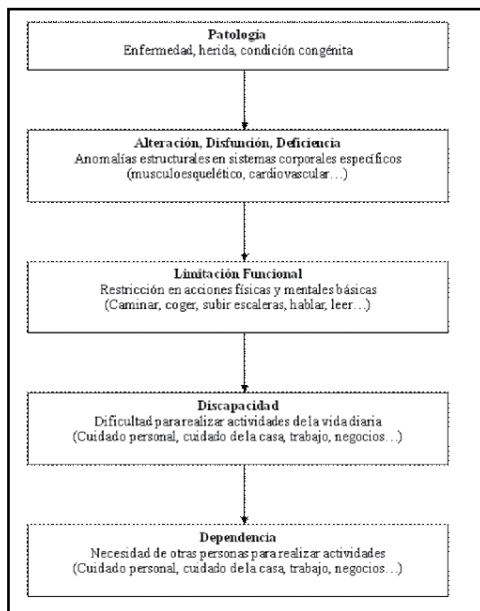
Es, por lo tanto, perfectamente entendible la gran preocupación existente por las deficiencias en una sociedad que envejece. Pero quizás porque el problema es novedoso (el fenómeno actual del envejecimiento no tiene precedentes en la historia de la humanidad), el abordaje se hace mucho más hacia sus consecuencias que hacia sus causas, preocupan mucho más los cuidados y tratamientos de las dependencias que la prevención de las deficiencias. Un ejemplo claro es la reciente aprobada **“Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia”**, en donde se regula por ley el derecho a los diferentes cuidados de las personas dependientes, pero no se regula el derecho a la prevención, a un correcto manejo sanitario de las personas mayores para que la dependencia aparezca lo más tarde posible.

El presente capítulo tratará de dar algo de luz al importante aspecto de la prevención, pero partiendo de un convencimiento profundo: es mucho lo que se puede prevenir en el tema de las deficiencias en los mayores...y no se está haciendo; es, probablemente, la mayor asignatura pendiente en cuanto a justicia social, y eficiencia en la utilización de los recursos para con dicho grupo de edad.

2. PRINCIPALES CAUSAS DE DEFICIENCIAS GÉNESIS DE DEPENDENCIA EN LAS PERSONAS MAYORES

La deficiencia y por tanto la enfermedad, y no la edad, es una de las principales causas de discapacidad y dependencia. La figura 1 muestra la ya conocida relación entre deficiencia y su resultado final dependencia. La dependencia es el resultado de la combinación de los 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. La dependencia en las personas mayores aparece en aproximadamente un 50% de los casos de forma abrupta o catastrófica como consecuencia de una enfermedad aguda o un traumatismo, mientras que en el 50% restante aparece de manera progresiva. Este porcentaje aumenta en los grupos de mayor edad, siendo la trayectoria de instauración progresiva de la dependencia la predominante en las personas mayores de 80 años.

Figura 1: Esquema explicativo de la relación entre deficiencia, discapacidad y dependencia.



La mayor longevidad de la población es causa y consecuencia de los cambios en los patrones de la enfermedad. El progresivo control de los procesos crónicos graves de alta mortalidad ha llevado a un crecimiento de las patologías degenerativas de la senescencia, enfermedades degenerativas crónicas que a su vez son las causantes de mayor dependencia. La relación entre deficiencia y dependencia es pues evidente.

La esperanza de vida sin discapacidad (el número de años que, como media, vivirían antes de contraer una discapacidad) puede cifrarse, en el nacimiento, en 68,5 años para los varones y 72,1 años para las mujeres. Si comparamos estos índices con la esperanza de vida al nacer, podemos ver que los varones pasarán, como media, 6,8 años de su vida en situación de discapacidad, mientras que las mujeres vivirán, como media, 10,2 años con discapacidad. Esto supone el 9% de los años de vida en los varones, y el 12,4% en las mujeres.

Este indicador es uno de los más utilizados del estado salud de la población mayor, “los años de vida ajustados por discapacidad” (AVAD), **Disability Adjusted Life Years (DALY)**, es decir el tiempo “perdido” o vivido por un estado de salud distinto a la salud óptima, o en buena salud o sin discapacidad. El cálculo de los AVAD pone de manifiesto la peor salud relativa de las mujeres, pese a su mayor esperanza de vida. Estos datos podrían

explicarse por su carga de enfermedad asociada a su mayor longevidad. Así, mientras que entre los jóvenes y la población adulta, la depresión y el abuso del alcohol suponen la primordial causa de AVAD, entre las personas mayores las demencias constituyen la principal carga de enfermedad, cerca de uno de cada cuatro años de vida sana perdidos, seguidos en este orden del ictus, la cardiopatía isquémica, las dolencias relacionadas con el aparato musculoesquelético y de las enfermedades de los órganos de los sentidos. Las deficiencias que generan más dependencia entre las personas mayores son las menos letales, entre las que destacan la artrosis y las deficiencias sensoriales de vista y oído, por encima del resto de patologías crónicas (Spiers NA et al., 2005).

Las principales deficiencias en riesgo relativo (carga de enfermedad, causas de AVAD) son las expuestas previamente. Sin embargo, las principales deficiencias en riesgo poblacional son la artrosis, la demencia, el ictus, el EPOC, la enfermedad coronaria y el cáncer (Baltés MM et al., 1996). El 13% de las personas con discapacidad en España lo son a causa de deficiencias neurológicas, que constituye la primera causa de discapacidad a partir de los 65 años con el 43,89% y en mayores de 80 años con el 62,2%, fundamentalmente el binomio ictus demencia (Informe Fundación Española de Enfermedades Neurológicas, 2006).

Los determinantes relacionados con la salud mental influyen de forma negativa sobre las deficiencias anteriormente expuestas siendo causa directa o coadyuvante de discapacidad y dependencia. Los determinantes psicosociales o ambientales documentados como favorecedores y que aumentan las limitaciones asociadas a deficiencias crónicas agravando el grado de dependencia ya existente, son principalmente (Zunzunegui V et al., 2004):

- Desvinculación y carencia de soportes sociales, que generan situaciones de aislamiento y soledad con evidente repercusión en el estado de salud.
- Estrés, tristeza y duelo consecuentes a pérdidas, frecuentes en este período de la vida.
- Estigmas y estereotipos prejuiciosos que consideran a la vejez exclusivamente como un periodo de declive y como una carga y menoscaban la autoestima y la identidad (los efectos del conocido edadismo).
- Institucionalización, rechazada por la gran mayoría de las personas mayores.
- Comportamientos y formas de relación con las personas mayores que favorecen el "exceso de discapacidad", disminuyendo o haciendo invisibles las facultades y habilidades que aún conservan, provocando desuso, y con ello discapacidad y dependencia.
- Entornos discapacitantes, con barreras arquitectónicas, con interacciones poco estimulantes, con contingencias ambientales que refuerzan las conductas dependientes.

- Indefensión aprendida o desamparo, en las que se produce una pérdida de control que genera graves repercusiones en la motivación e intereses vitales de la persona afectada.

3. PRINCIPALES RECOMENDACIONES DE PREVENCIÓN DE LAS DEFICIENCIAS EN GERIATRÍA

Hoy en día existe suficiente evidencia científica para afirmar que es posible disminuir de forma significativa la incidencia, la prevalencia y la intensidad de la deficiencia, la discapacidad y con ello de la dependencia, a través de tres acciones fundamentales que son:

- Prevención y promoción de la salud.
- Prevención y control de enfermedades crónicas.
- Servicios sanitarios eficientes para las personas mayores.

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 tabla 1 sintetiza las principales recomendaciones de promoción y prevención de la enfermedad específicas en las personas mayores. Dicha tabla es un resumen del informe realizado en la **I Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica**, informe consensuado entre más de 10 sociedades científicas y la administración central y autonómica (Gómez Pavón J, y cols., 2007).

Tabla 1: Principales medidas específicas de prevención de deficiencias en las personas mayores

SÍNDROMES GERIÁTRICOS	
Caídas	<ul style="list-style-type: none"> - Practicar ejercicio físico, particularmente el entrenamiento del equilibrio y el fortalecimiento muscular. - En ancianos con alto riesgo de caídas o (> 75 años, consumo de hipnóticos o de antihipertensivos, polifarmacia, deterioro cognitivo o inestabilidad) o que ya se han caído, se aconseja realizar una intervención multifactorial y multidisciplinar intensiva, individualizada y domiciliaria si hubiera recursos disponibles, que incluya la estimación del riesgo de nuevas caídas, y la detección y tratamiento de factores de riesgo, así como una VGI. Valoración del riesgo ambiental por un profesional, aconsejando las modificaciones necesarias en el domicilio para prevenir caídas y sus consecuencias. - Dar consejo a los cuidadores y ancianos sobre la adopción de medidas para reducir el riesgo de caídas que incluya: la práctica de ejercicio, la reducción de los peligros ambientales y la monitorización de la medicación, reduciendo el uso de medicamentos psicotrópicos. - Emplear protectores de cadera en ancianos frágiles con alto riesgo de caídas (en el medio residencial). <p>Búsqueda activa de este síndrome geriátrico.</p>
Trastornos de movilidad y equilibrio	<p>Se recomienda despistarlos si edad \geq 75 años o toma > 4 fármacos (especialmente psicoactivos o antihipertensivos).</p>
Deterioro cognitivo Demencia	<ul style="list-style-type: none"> -No hay evidencia suficiente para recomendar la realización sistemática de pruebas de cribado de demencia en población asintomática. -Se recomienda estar alerta ante síntomas de alarma de demencias como quejas subjetivas o por un informador próximo de pérdidas de memoria, deterioro funcional no explicado por otras causas o trastornos de comportamiento, delirium durante un ingreso hospitalario, y sintomatología depresiva de inicio en el anciano. -Ante la sospecha de deterioro cognitivo se recomienda una evaluación clínica detallada que incluya entrevista clínica estructurada, test neuropsicológicos, y realizar seguimiento. Los instrumentos generales de cribado cognitivo (por ej. El MMSE) deben considerarse para detectar demencia en personas con sospecha de alteraciones cognitivas. -Los pacientes con deterioro cognitivo leve deben ser identificados y monitorizados en el declinar cognitivo y funcional por su alto riesgo de progresión a demencia.
Alteraciones visuales	<p>Realizar un examen completo de la vista un oftalmólogo o profesionales capacitados, con periodicidad anual en pacientes diabéticos y aquellos que presenten una PIO elevada o antecedentes familiares de glaucoma. Otros recomiendan la búsqueda activa mediante revisión periódica de la visión por especialistas; o por carta de Snellen.</p> <p>Insuficiente evidencia para recomendar un cribado general de glaucoma o degeneración macular asociado a la edad.</p>
Hipoacusia	<p>Preguntar sobre dificultad en la audición y si se precisara aconsejar el uso de audífonos.</p> <p>Programas de control de ruido y medidas de protección auditiva .</p>

Incontinencia urinaria	Preguntar sobre la presencia de pérdidas de orina para la detección de incontinencia, así como su estudio básico. Búsqueda activa de este síndrome geriátrico.
Malnutrición	Identificar los ancianos con factores de riesgo para consejo y modificación de dichos factores. Como despistaje de la desnutrición debe realizarse la medición periódica del peso y de la talla: una pérdida de peso significativa es un indicador de sospecha.
Polimedicación	Formar a los profesionales sanitarios, mediante contactos con expertos, en el uso adecuado de los medicamentos, la utilización de sistemas informáticos y en su defecto de hojas de perfiles de prescripción, la educación sanitaria de los pacientes y la revisión periódica de los medicamentos consumidos. Búsqueda activa de este síndrome geriátrico.
Maltrato en el anciano	Mantenerse alerta en los sucesivos contactos, incluso se recomienda preguntar sistemáticamente acerca de la violencia-maltrato familiar. Se recomienda detectar sistemáticamente en ancianos de riesgo que presentan lesiones.
Valoración Geriátrica Integral (VGI)	-Todos los ancianos frágiles vistos por un médico por primera vez deben recibir en 6 meses una VGI porque mejora los resultados de salud. -Tras la realización de la VGI, el seguimiento del anciano debe asegurar el cumplimiento de las recomendaciones.

El peso de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad de las personas mayores recae en los equipos de atención primaria en coordinación con atención especializada (radiodiagnóstico, cardiología, ginecología,...) y especialmente con las unidades específicas de geriatría (sdr. Geriátricos). Los equipos de atención primaria deben de tener protocolizado los controles de salud. Éstos son visitas programadas al médico y/o a la enfermera de su centro de salud, que tienen por objeto prevenir que aparezca la enfermedad o bien cuando ésta ha aparecido que realice el menor daño posible. A modo de resumen se exponen las actividades más importantes.

Promoción de la salud y prevención primaria

Actuar antes de que aparezca la deficiencia. Buenos hábitos de vida saludable y activa (envejecimiento satisfactorio): Son hábitos, costumbres, formas y actitudes de vida, comprobadas de forma científica, para evitar que aparezcan las enfermedades y la dependencia. Dichas recomendaciones deben de ser aprendidas y deben de comprometerse por la persona mayor y por el propio equipo de salud a llevarlas a cabo. Es un compromiso con la vida. Son las siguientes:

- Actividad física adecuada.
- Dieta bien equilibrada, rica en fibra, vegetales y frutas, y baja en grasas.
- Aporte adecuado de calcio.
- Prevención de lesiones (reducir el riesgo de caídas, de accidentes de

tráfico y de quemaduras).

- Interrumpir el tabaquismo y el consumo de bebidas alcohólicas.
- Cuidado adecuado dental, con visitas regulares al dentista que le detecten y traten eficazmente problemas bucales.
- Cuidado adecuado de los pies, con visitas regulares al podólogo que le traten problemas frecuentes de los pies.
- Evitar la automedicación, tomando sólo lo prescrito por el médico.
- Vacunación: las actividades de vacunación recomendadas en las personas mayores son las vacunas de la gripe (gripe estacional y de la gripe A, nueva gripe H1N1, cuando esté disponible), vacuna neumocócica, y antitetánica.
- Antiagregación / anticoagulación: en pacientes de alto riesgo cardiovascular como prevención primaria del ictus y de la cardiopatía isquémica está indicado la antiagregación con el uso de ácido acetil salicílico, al igual que en aquellos con fibrilación auricular crónica el uso de anticoagulación (sintrom®).

Prevención secundaria

La enfermedad, deficiencia ya ha aparecido, pero aún no se ha manifestado claramente por lo que se debe hacer su detección precoz. Las medidas más destacables son:

- Pruebas de cribaje: las más específicas recomendadas a las personas mayores son los controles de salud para la detección de los factores de riesgo vascular (la hipertensión arterial, las dislipemias, la diabetes mellitus y la obesidad), el cáncer y el hipotiroidismo. Igualmente en aquellos pacientes con ictus o con cardiopatía isquémica, está indicada la antiagregación o la anticoagulación (en caso de fibrilación auricular), para evitar nuevos eventos. Finalmente, la detección de la osteoporosis con un aporte adecuado de calcio y vitamina D y, según el caso, de fármacos antiresortivos para evitar fracturas o para evitar nuevas fracturas cuando éstas aparezcan.
- Detección de las personas mayores en riesgo de deterioro funcional (tabla 2) y de los síndromes geriátricos causados siempre por varias deficiencias y que tienen en común su carácter incapacitante. Los síntomas y signos de muchos problemas de salud se manifiestan en los mayores de forma poco llamativa, y que además es frecuente atribuirlos erróneamente a achaques de la edad. Además, en muchos casos, dichos problemas van a producir precozmente una deficiencia física y/o mental, pudiendo ser éstas reversibles si se busca activamente la causa que las provoca, por lo que la Valoración Geriátrica Integral, con la medición periódica de la función física y mental, es muy recomendable. Las principales medidas de cribaje de síndromes geriátricos son el cribaje del déficit de visión y de audición, de depresión, de deterioro cognitivo y demencia, de caídas y pérdida funcional, de polimediación y de maltrato.

Tabla 2: Detección de las personas mayores de riesgo de deterioro funcional y frágiles.

Son aquellas que cumplen al menos uno de los siguientes factores:
<ul style="list-style-type: none">• Edad avanzada (por lo general a partir de 80 años).• Hospitalización reciente.• Caídas de repetición, alteraciones de la movilidad y equilibrio.• Deterioro cognitivo.• Depresión.• Comorbilidad importante con o sin polifarmacia, destacando las siguientes condiciones de salud: demencia, enfermedades cardiovasculares, artrosis, fracturas de cadera, depresión y enfermedades psiquiátricas, parkinsonismo, obesidad o caquexia, déficit sensoriales, incontinencia.• Debilidad muscular, poca fuerza, lentitud o realización de poco ejercicio.• Pérdida de peso, caquexia u obesidad.• Deficiente soporte o condicionantes sociales adversos (pobreza, soledad, incomunicación, viudedad).

Prevención terciaria

La enfermedad, discapacidad ya se ha manifestado claramente pero aún es mucho lo que se puede hacer para evitar o minimizar sus secuelas. De llevar a cabo una intervención eficaz, dependerá en gran medida el futuro y la independencia de la persona e indirectamente de su familia y de su repercusión en la sociedad. Algunos ejemplos muy significativos, y desgraciadamente frecuentes, de que las cosas son en este aspecto especialmente mejorables son: deterioros cognitivos etiquetados inadecuadamente de demencias, que con frecuencia son depresiones o estados confusionales que suelen revertir con un manejo adecuado; atrofiar musculares o anquilosis articulares que llevan a gran dependencia por falta de movilidad precoz durante la fase aguda de las enfermedades, o como consecuencia de una falta de rehabilitación posterior; ictus o fracturas de caderas con secuelas con grandes dificultades para poder hacer rehabilitación, etc.

En prevención terciaria las principales recomendaciones son las encaminadas a disminuir el deterioro funcional causado por la deficiencia y evitar la iatrogenia. En este sentido la atención recibida es una pieza fundamental.

Las principales medidas por parte de Atención Primaria radican en:

- Revisión periódica de la medicación habitual, considerando su indicación, evitando el uso de medicación inadecuada en el mayor, interacciones, iatrogenia, y en la medida de lo posible la polifarmacia.
- Formación específica geriátrica de todos los profesionales implicados para el correcto abordaje de Cuadros clínicos específicos, enfermedades crónicas, y síndromes geriátricos, y que se relacionan entre las causas de fragilidad y dependencia, no olvidar la importancia de condicionantes y problemática de aspecto psicológico y social.
- Aplicación de la Valoración Geriátrica Integral con suficiente intensidad e incluyendo planes de manejo de los problemas detectados; realizada fundamentalmente de manera selectiva sobre los ancianos que han perdido funcionalidad, o que presentan factores de riesgo de los enumerados anteriormente en la definición de persona mayor vulnerable.

Las principales medidas por parte de la atención hospitalaria, en base a la evidencia científica disponible (tabla 3) son:

- Todo paciente mayor de 70 años que ingresa en un hospital y/o en un medio residencial debiera ser evaluado su riesgo de deterioro funcional, a través de una valoración geriátrica integral.
- Ante un proceso agudo de enfermedad, la persona mayor debe de ingresar según el proceso en un Servicio de Geriatría. Posteriormente la continuidad de cuidados debe procurarse, cuando sea necesario, una vez sobrepasada la fase aguda de enfermedad en:
 - Unidades de media estancia de carácter rehabilitador para aquellos pacientes que, por presentar deterioro funcional moderado-severo reciente, requieran cuidados geriátricos, rehabilitadores y de enfermería para recuperar el mayor nivel de independencia posible para posibilitar continuar viviendo en su domicilio habitual.
 - Hospitales de Día geriátricos para aquellos pacientes que, por presentar deterioro funcional leve-moderado reciente, requieran cuidados geriátricos, rehabilitadores y de enfermería para recuperar el mayor nivel de independencia posible para posibilitar continuar viviendo en su domicilio habitual.
- En el domicilio del paciente bajo la responsabilidad de atención primaria y, cuando sea preciso, con la colaboración de la Asistencia Geriátrica Domiciliaria, para aquellos pacientes con deterioro funcional moderado-severo no recuperable y con situación clínica y social de riesgo o frágil que les pone en riesgo de reingreso hospitalario y/o ingreso en residencia.

Tabla 3. Intervenciones según grado de recomendación atendiendo a las características de la persona mayor y fase de enfermedad:

FASE de ENFERMEDAD	POBLACIÓN DIANA	INTERVENCION	BENEFICIOS para el PACIENTE	BENEFICIOS para el SISTEMA SANITARIO	GRADO DE RECOMENDACIÓN
1. Patología Aguda	- Anciano frágil hospitalizado	- Unidad Geriátrica de Agudos	Menor deterioro funcional e institucionalización al alta	Reducción de estancia media y costes hospitalarios	A
		- Unidades Orto geriátricas	Reducción de morbi-mortalidad y deterioro funcional al alta	Descenso de estancia media e institucionalización	A
		- Unidades de Ictus	Menor mortalidad, institucionalización y deterioro funcional al año	Menor coste asistencial	A (si al alta existe continuidad rehabilitadora)
		- Equipo Geriátrico Consultor	No diferencias en mortalidad, institucionalización ni situación funcional	Impregnación de cuidados geriátricos adecuados	C B (para equipos en unidades de ortopedia)
		-Hospitalización Domiciliaria	Mayor satisfacción con cuidados	Eficiencia cuestionable en anciano frágil	C
2. Patología Subaguda	- Anciano con deterioro funcional potencialmente recuperable	- Unidad de Recuperación Funcional o Media Estancia o Convalecencia	Mejoría funcional y afectiva y menor mortalidad al alta y al año	Menor institucionalización y reducción de costes sanitarios y sociales al año	A
		- Hospital de Día Geriátrico	Menor deterioro funcional mejoría afectiva y satisfacción con los cuidados	Tendencia a menor estancia hospitalaria y menor tasa de institucionalización al año	B
	- Anciano frágil con alto riesgo de reingreso o con insuficiencia cardiaca	- Seguimiento Postalta Hospitalaria	Menor mortalidad a los 6 meses y en el caso de insuficiencia cardiaca también a los 18 meses.	Reducción de reingresos y costes totales de atención a los 6 y 18 meses. Menor institucionalización al año.	B
3. Patología Crónica	- Anciano con incapacidad establecida o enfermedad crónica en estadio severo	- Asistencia Geriátrica Domiciliaria y Equipos de Soporte	Mayor satisfacción de pacientes y familia. Mejor calidad de vida	Eficiencia cuestionable (más favorable en atención de pacientes con cáncer avanzado)	B

4. LAS COSAS SE PUEDEN HACER MEJOR. TENDENCIAS ACTUALES.

Los motivos para que las cosas no se hagan todo lo bien que debieran son múltiples:

- Ageísmo o tendencia a infravalorar, marginar, etc., todo lo referente a la vejez, en este caso a la salud de las personas mayores.
- Ignorancia o desconocimiento de que la edad no suele ser obstáculo para poder conseguir buenos, e incluso excelentes resultados, en muchos aspectos de la prevención, la rehabilitación y tratamiento de las deficiencias en las personas mayores. La evidencia científica así lo va mostrando.
- Temor al aumento de los costes a corto plazo, cuando los gestores se plantean planificar servicios específicos de prevención, rehabilitación o tratamiento de las deficiencias en las personas mayores. Sin embargo los costes son menores ya que dichos programas al disminuir la dependencia disminuyen el coste global de la asistencia.
- Escasa presión de la demanda, y necesidades frecuentemente no demandadas. Ambas cosas no suelen ocurrir con otros grupos de edad, donde los propios afectados y sus mayores soportes familiares y sociales, presionan y consiguen atenciones con más facilidad.

Las cosas se pueden hacer mejor y así la realidad cotidiana enseña que es posible. Es suficiente con desarrollar los principios ya muy contrastados y conocidos de una adecuada atención al anciano: conocimientos específicos, interdisciplinariedad, niveles asistenciales idóneos y coordinación o integración de recursos.

La atención primaria de salud es clave, desde la prevención a la rehabilitación, pasando por el tratamiento precoz y continuado.

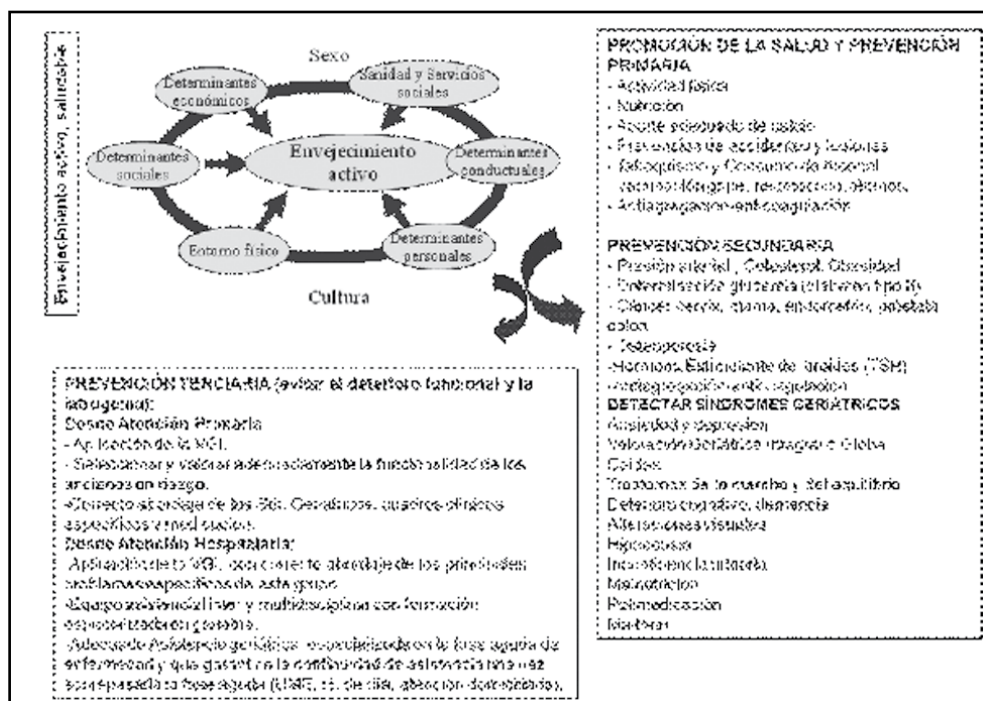
La atención especializada no geriátrica necesita más apoyo y comprensión cuando se ocupa de los ancianos con deficiencias incapacitantes: no presionarla en exceso por las estancias medias, pero sobre todo que dispongan de posibilidad de interconsultar para problemas complejos, apoyos en las ubicaciones y seguimientos de las altas de equipos de geriatría.

La atención geriátrica especializada puede ser etiquetada de cualquier cosa excepto de un lujo. Sus profesionales (médicos, enfermeras, fisioterapeutas, etc.) son expertos en todo lo relativo a la salud y enfermedad de las personas mayores y es indudable que su aportación tiene que ser necesariamente significativa. La evidencia científica atestigua sus beneficios en términos de mejor función, menor reingreso hospitalario, menor institucionalización, mejor ubicación y uso de recursos sociales y sanitarios, y en definitiva mejor

calidad de vida con menor coste sanitario y social.

Las posibilidades de prevención de las deficiencias en todos sus niveles (figura 2), vienen marcadas sobre todo, por el más que previsible aumento importante de las necesidades y demanda. La atención geriátrica va creciendo lentamente pero inexorablemente. En Europa el crecimiento de la asistencia geriátrica es con grandes diferencias entre países como Reino Unido con prácticamente el 100% de los hospitales con cobertura geriátrica especializada, pasando por Alemania, Francia, Holanda con coberturas intermedias y otros países con cobertura baja como Grecia, Portugal, etc.

Figura 2: Principales medidas de prevención de la deficiencia, discapacidad y dependencia en las personas mayores



En España igualmente el crecimiento ha sido notable, aunque de forma muy desigual entre las diferentes comunidades, existiendo comunidades con cerca o más de un 50% de sus hospitales con algún recurso geriátrico hospitalario (servicio de geriatría, o equipo de geriatría) como Cataluña, Castilla - La Mancha y Madrid, mientras que en otras no existe o su presencia es meramente testimonial, como es el caso de Extremadura y Andalucía (curiosamente las comunidades con cifras más altas de discapacidad y dependencia y en las cuales antes se ha aplicado la ayuda económica a las familias según la ley de dependencia) (Ruipérez I, y cols. 2003). Pero lo que

es más significativo es que en las comunidades con más atención geriátrica, ésta crece más y mejor, mientras que en las comunidades en donde no hay o es muy poca, apenas crece y la que existe se va quedando incluso con menos recursos.

Pero a pesar de las dificultades apuntadas, se puede mirar el futuro con moderado optimismo. El tiempo y el progreso van a favor de un mayor nivel de exigencia, tanto en la prevención como en el manejo de los problemas y en sus cuidados. Todos los profesionales que de alguna manera tenemos algo que ver con las deficiencias en las personas mayores, también tenemos responsabilidades en ello y un deber de compromiso.

5. BIBLIOGRAFÍA

Baltes MM, Carstensen LL. The process of successful ageing. **Ageing and Society**. 1996; 16: 397-422.

Castejón Villarejo PY Abellán García A. Estado de salud. En: Observatorio de personas mayores, editor. **Las Persona Mayores en España. Informe 2008**. Tomo I. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2008. p.69-132.

Gómez Pavón J, Martín Lesende I, Baztán Cortés JJ, Regato Pajares P, Formiga Pérez F, Segura Benedito A et al. Prevención de la dependencia en las personas mayores. **Rev Esp Geriatr Gerontol**. 2007; 42 (Supl 2):15-56.

Impacto sociosanitario de las enfermedades neurológicas en España. Informe FEEN. Fundación Española de Enfermedades Neurológicas. 2006:7-36.

Ruipérez I, Midón J, Gómez Pavón J, Maturana N, Gil P, Sancho M y Macías JF. Nivel de adecuación de los recursos geriátricos en los hospitales generales españoles. **Rev Esp Geriatr Gerontol**. 2003; 38 (5): 281-287.

Spiers NA, Matthews RJ, Jagger C, Matthews FE, Boult C, Robinson TG, et al. Diseases and impairments as risk factors for onset of disability in the older population in England and Wales: Findings from the Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study. **J Gerontol Med Sci**. 2005; 60A: 248-54.

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. **J Gerontol Soc Sci Med**. 2004; 58:2069-81.

