

Síndromes geriátricos

JUSTIFICACIÓN, CONCEPTO E IMPORTANCIA DE LOS SÍNDROMES GERIÁTRICOS

*Carmen Luengo Márquez
Leonor Maicas Martínez
M.^a José Navarro González
Luis Romero Rizos*

Introducción

El término de geriatría se incorpora a la terminología médica hacia el año 1909, fecha en la que I. L. Nascher publica en el *New York Medical Journal* un artículo titulado: «Geriatrics: The diseases of the old age and their treatments», solicitando una medicina específica y distinta de la tradicional para la mejor atención de los pacientes ancianos. Sin embargo, la medicina geriátrica moderna surge en Gran Bretaña en torno a 1935 de la mano de la doctora Marjory Warren, cuando fue destinada al West Midd-Lessex Hospital encargándose de la asistencia del adyacente hospita-asilo de los pobres a los que diagnosticó, evaluó y rehabilitó como pudo, logrando metas no sospechadas que no pasaron inadvertidas por sus colegas. La doctora Warren en una de sus publicaciones, en 1946, sobre ancianos y pacientes crónicos incapacitados decía:

«No hay duda en absoluto que estos pacientes han sido inadecuadamente tratados en el pasado y con frecuencia continúan recibiendo una atención insuficiente y escasa, si es que reciben alguna, en una atmósfera que pierde la comprensión con su edad y condición. La profesión médica, habiendo tenido éxito en la prolongación de la vida del hombre, no debe seguir fallando en asumir su responsabilidad con el anciano enfermo o que se vuelve débil. Se necesita urgentemente un cambio en la actitud del cuidado y tratamiento de los enfermos crónicos».

Algunas ideas, hoy consideradas obvias, en su época fueron revolucionarias, tales como que la vejez no es una enfermedad, que es esencial hacer diagnósticos concretos en los ancianos, y que el reposo prolongado en la cama puede ser peligroso.

El término de *manejo inadecuado* en la asistencia de los ancianos incluye aspectos diagnósticos y terapéuticos, y según Salomon (1988) se produce cuando en el paciente anciano concurre alguna de las siguientes circunstancias:

- Diagnóstico médico incompleto.
- Sobreprescripción de medicamentos.

- Infrautilización de la rehabilitación.
- Pobre coordinación entre servicios que imposibilitan la continuidad de cuidados.
- Institucionalización inadecuada.

Por lo tanto, la medicina geriátrica poseerá características que aseguren: el diagnóstico médico completo (valoración geriátrica integral), tratamiento integral (médico, funcional, psicológico y social), coordinación mediante niveles asistenciales que garanticen la continuidad de cuidados, así como la supervisión de los ancianos institucionalizados. Esta metodología de trabajo ofrece un tratamiento al paciente anciano que se ajuste a sus necesidades en función de la fase del proceso patológico que presenta.

Desde la perspectiva de la atención médica diaria, la curva demográfica muestra con claridad que la práctica médica del futuro estará muy vinculada con la geriatría. La inquietud derivada de la epidemia del envejecimiento proviene de dos factores principalmente: los números y los costes. Si bien la gran cantidad de cuidados médicos que utilizan los ancianos parece desproporcionada, hemos de considerar que gran parte del aumento de los gastos derivan de los formidables avances en la tecnología médica diagnóstica y terapéutica. Disponemos de herramientas potentes y costosas y, por lo tanto, estamos cosechando los frutos de nuestro propio éxito. Si no tenemos en cuenta esta premisa en la manera que se proporciona atención médica al anciano, prolongaremos su vida a costa de su discapacidad.

Actualmente la geriatría es una disciplina científicamente consolidada, y la presencia de temas geriátricos, tanto en el ámbito clínico como asistencial, es habitual en numerosas publicaciones internacionales, tanto de nuestra especialidad como de otras especialidades clínicas y de Atención Primaria. La denominada *geriatrización de la Medicina* es un hecho real en los países desarrollados, quedando reflejado en las tasas de consumo de recursos sanitarios por parte de este grupo poblacional, obligando, por un lado, a las instituciones a adaptarse a las nuevas necesidades de este gran consumidor y, por otra, a los profesionales

que les prestarán asistencia a mejorar su cualificación profesional para prestar más calidad a sus pacientes. El envejecimiento poblacional abre grandes retos en las sociedades que acogen a los ancianos, si el envejecimiento es la consecuencia de los grandes logros sociales y sanitarios en los países envejecidos, se inicia el reto de «dar calidad a la cantidad» de años conseguidos.

Conseguir una buena asistencia sanitaria a nuestros pacientes ancianos hace necesario el conocimiento de:

- La heterogeneidad de la población mayor de 65 años: anciano sano, anciano enfermo, anciano frágil y paciente geriátrico.
- Las peculiaridades de las enfermedades en los mismos: presentaciones atípicas de las enfermedades.
- La fragilidad como marcador de vulnerabilidad en las personas mayores.
- Pluripatología y polifarmacia: varias enfermedades pueden afectar a distintos órganos o sistemas relacionados o no entre sí. Se ven favorecidas por algunos factores: alteración de la capacidad de mantener constante el medio interno, interacción de unos sistemas con otros, largos períodos de latencia de muchas enfermedades hasta hacerse sintomáticas, alteraciones inmunitarias y yatrogenia. El aumento del consumo de fármacos que suele ser consecuencia de lo anterior y, en ocasiones, inevitable, siendo frecuente la yatrogenia.
- Tendencia a la cronicidad y frecuente incapacidad: alta prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas, que originan dependencia con sobrecarga de los cuidadores y alto porcentaje de institucionalizaciones.
- Pronóstico menos favorable de las enfermedades: éstas asientan en un organismo con menor reserva funcional y capacidad de respuesta a estresores externos, no justificando la abstención diagnóstica y el tratamiento oportuno, ya que comprobamos a diario que un enfermo bien diagnosticado y tratado responde mejor de lo que esperaríamos.
- Dificultades diagnósticas y terapéuticas: tanto las actitudes diagnósticas como terapéuticas en geriatría deben guiarse por el binomio riesgo/beneficio siempre buscando este último, teniendo en cuenta la opinión del anciano y siempre tras una correcta valoración geriátrica integral que justificará el realizar o no determinadas medidas diagnósticas o terapéuticas.
- Mayor utilización de recursos sanitarios: los ancianos son grandes consumidores de recursos sanitarios. La demanda hospitalaria se caracteriza por:

- Tasa de ingresos hospitalarios doble al de la población general, siendo el triple el del colectivo mayor de 80 años.
- Prolongación de la estancia hospitalaria en muchos casos ligados a la mayor dependencia y yatrogenia en estos pacientes.
- Gran número de reingresos.

- Mayor necesidad de rehabilitación: las causas de deterioro funcional en un anciano pueden ser: múltiples, acumulativas e interactivas; siendo, por otra parte, en este grupo poblacional donde con más frecuencia inciden enfermedades discapacitantes. Uno de los objetivos de la geriatría será el mantenimiento de la autonomía y la función a través del uso de la rehabilitación precoz que formará parte del plan global de tratamiento integral del anciano.
- Necesidad frecuente de utilización de recursos sociales: en el anciano con frecuencia la aparición de enfermedad hace emerger o agrava problemas sociofamiliares.
- Frecuentes problemas éticos: en toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas en los estadios finales de la vida, alargamiento de la vida de forma artificial en ausencia de un testamento vital del individuo, incapacitaciones legales en personas con demencia...

Como especialistas en geriatría, nuestra formación en síndromes geriátricos deberá dar respuesta a la demanda asistencial de nuestros pacientes, y a la vez será lo suficientemente documentada como para ser capaces de realizar una labor docente si así se requiere por otros profesionales sanitarios.

Síndromes geriátricos: un reto en la asistencia geriátrica

El viejo aforismo senequiano de «la vejez es en sí misma enfermedad» ha planeado desde siempre sobre el campo de la gerontología, y aunque la moderna gerontología confirma el carácter fisiológico del envejecimiento humano, también es cierto que la caída de la vitalidad condicionada por el envejecer aumenta la vulnerabilidad del anciano a padecer enfermedades e incapacidades. El envejecimiento será fisiológico cuando cumpla parámetros biológicos aceptados para los distintos tramos de edad y mantenga la capacidad de relación con el medio social, y será patológico cuando la incidencia de enfermedad altere dichos parámetros biológicos y dificulte las relaciones sociales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como «un estado en el que existe una situación óptima de bienestar físico, mental y social y no meramente como una ausencia de enfermedad»; esta definición adquiere en geriatría un relieve especial al

incluir tanto las alteraciones físicas y mentales como las circunstancias socioeconómicas y personales. El concepto de anciano sano no está ligado siempre al de ausencia de enfermedad, y quizás, como bien recuerda también la OMS, «la salud del anciano se mide en términos de función».

Con el envejecimiento se producen cambios fisiológicos en todos los sistemas del organismo que determinan disminución de la reserva funcional limitando la capacidad de respuesta ante un aumento de la demanda o un estrés. También se produce un deterioro de los procesos reguladores que mantienen la integración funcional entre los diferentes órganos y sistemas del individuo. Así, pues, el envejecimiento no es sólo la suma de la reducción individual de la reserva funcional de cada órgano, sino también de los mecanismos de función que integran sus funciones.

Una consecuencia directa de todo lo anterior sería el concepto de *presentación atípica de las enfermedades* que supone en múltiples ocasiones un reto diagnóstico al clínico que atiende a ancianos enfermos (por ej., una neumonía manifestándose con un delirium, sin fiebre o tos o dolor torácico). Con relativa frecuencia los ancianos tienden a manifestar síntomas inespecíficos y no necesariamente el cuadro típico de la enfermedad concreta. Presentan enfermedades con signos y síntomas diferentes a como lo hacen los jóvenes (por ej., Parkinson como caídas y no tener temblor). Estas diferencias en la presentación de las enfermedades con respecto a la población más joven van a ser más marcadas a mayor edad del paciente entre otros motivos por la frecuente coexistencia de pluripatología o comorbilidades, polifarmacia y mayor fragilidad que enmascaran cuadros concretos. Es frecuente que el órgano más frágil claudique independientemente del proceso patológico en sí, siendo el responsable de otras manifestaciones clínicas independientes del factor etiológico responsable (por ej., síndrome confusional agudo como consecuencia de un proceso infeccioso, sin existir lesión cerebral que lo justifique).

En geriatría es habitual la presencia de «alteraciones iceberg»; es decir, de enfermedades no conocidas ni por el paciente ni por su médico, que además con frecuencia son el origen de incapacidades no explicadas por los trastornos previamente documentados, en un marco funcional que obliga a medir la enfermedad a través de sus consecuencias y no sólo a partir de las causas que la generan.

Esta forma de «presentación atípica» de las enfermedades en los ancianos es la responsable de los denominados síndromes geriátricos, sin caer en el error de considerar a éstos única y exclusivamente como una manifestación atípica de una enfermedad, sino que deben ser considerados en algunos casos como entidades nosológicas específicas con alta frecuencia de presentación en los ancianos, siendo incluidos dentro

de las estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento de la medicina geriátrica. Estos síndromes pueden generar mayor morbilidad y consecuencias en ocasiones más graves que la propia enfermedad que los produce (por ej., síndrome de inmovilidad generado por un ACV [accidente cerebrovascular], sin una buena prevención de las úlceras de decúbito éstas pueden aparecer y generar más problemas). Sólo un estrecho conocimiento de estos patrones de presentación atípicos, pero típicos en los ancianos, en la manera de enfermar nos conducirá a un correcto diagnóstico. Su detección sistemática en forma de «quejas» o «problemas» debe ser incluida en la anamnesis de la historia clínica del anciano sano (prevención) o del enfermo (tratamiento).

Los síndromes geriátricos son un conjunto de cuadros habitualmente originados por la conjunción de enfermedades con alta prevalencia en los ancianos y que son el frecuente origen de incapacidad funcional o social en la población. Son la manifestación (síntomas) de muchas enfermedades, pero también son el principio de muchos otros problemas que debemos tener en cuenta desde su detección para establecer una buena prevención de los mismos.

La pluripatología tan frecuente no sólo dificulta el diagnóstico, sino que a veces el tratamiento de una empeora el curso de otra (por ej., tratamiento de insuficiencia cardiaca con diuréticos puede ocasionar incontinencia urinaria). También puede suceder que una situación enmascare o atenúe otra patología (por ej., anemia sin astenia en un inmovilizado severo).

En los ancianos se deberán adoptar actitudes terapéuticas diferenciadas, con utilización de medidas adaptadas a las características del paciente, evitando los encarnizamientos diagnósticos y terapéuticos, así como las actitudes nihilistas que conduzcan a la infrutilización de medidas terapéuticas de probada eficacia (por ej., anticoagulación en ancianos con fibrilación auricular si no existen contraindicaciones para la misma).

El fenómeno del envejecimiento de forma global, y principalmente sus aspectos biológicos, fisiológicos y patológicos obligan al personal sanitario a conocer las peculiaridades del anciano enfermo para mejorar la calidad de su asistencia, así como la necesidad de crear recursos específicos que ubiquen al anciano en el lugar adecuado según sus necesidades sociosanitarias, gestionando óptimamente los medios de los que disponemos.

Descripción de los síndromes geriátricos

Los síndromes geriátricos son situaciones de enfermedad expresadas por un conjunto de síntomas. Son, en definitiva, un conjunto de cuadros originados por la concurrencia de una serie de enfermedades que tienen su expresión a través de cuadros patológicos no

encuadrados en las enfermedades habituales; por ello, raramente son abordados en capítulos específicos de los libros habituales de patología clínica. Es una forma habitual de presentación de las enfermedades en los ancianos y exigen una cuidadosa valoración de su significado y etiología para realizar un correcto tratamiento y no caer en el frecuente «viejismo» como modo de interpretar una situación patológica, sea cual sea la edad del individuo.

Aun sabiendo la importancia de estos cuadros, existen pocos estudios epidemiológicos en la literatura centrados en la prevalencia de los mismos, manteniéndose el patrón habitual de la enfermedad individualizada y, en el mejor de los casos, su repercusión funcional y mental. Suelen ser fuente de incapacidad funcional o social del enfermo que los padece. Se conocen como «los gigantes de la geriatría», y su conocimiento resulta imprescindible para realizar una correcta valoración geriátrica. Su detección y estudio protocolizado es una exigencia ante cualquier paciente anciano.

Los síndromes geriátricos son magníficamente definidos por Kane, en 1989, en su libro *Essentials of Clinical Geriatrics* como problemas geriátricos, permitiendo a través de una regla nemotécnica su memorización por medio de la regla de las «ies»:

- *Immobility*: inmovilidad.
- *Instability*: inestabilidad y caídas.
- *Incontinence*: incontinencia urinaria y fecal.
- *Intellectual impairment*: demencia y síndrome confusional agudo.
- *Infection*: infecciones.
- *Inanition*: desnutrición.
- *Impairment of vision and hearing*: alteraciones en vista y oído.
- *Irritable colon*: estreñimiento, impactación fecal.
- *Isolation (depression)/insomnio*: depresión/insomnio.
- *Iatrogenesis*: yatrogenia.
- *Immune deficiency*: inmunodeficiencias.
- *Impotence*: impotencia o alteraciones sexuales.

En geriatría es útil pensar en términos de problemas más que en enfermedades concretas aisladas, y el grupo de las «ies» es un buen auxiliar de recuerdo, ayudándonos a su búsqueda y detección, ya que en muchas ocasiones son achacados al propio envejecimiento. Además, en los pacientes de edad avanzada no es frecuente asociar un síntoma a una única etiología, sino que puede tener varias razones, y al disponer de estos síndromes con su amplio diagnóstico diferencial facilita encontrar la causa y aplicar soluciones.

Debemos desterrar de la mente la idea de que los procesos patológicos en la vejez siguen el modelo clásico de enfermedad; esto sólo ocurre en la mitad de los pacientes geriátricos, es frecuente que en los

ancianos diferentes factores de morbilidad actúen de forma sumatoria. Es necesario un rápido reconocimiento y tratamiento de estos cuadros para conseguir la recuperación del paciente y no desarrollar una enorme cascada de efectos adversos que generan mayor morbi-mortalidad en este grupo poblacional, especialmente predispuesto a la yatrogenia.

Desde el punto de vista de la Medicina y el médico tradicional, los pacientes ancianos se presentan ante nosotros como un problema que no hemos aprendido a resolver en los libros de texto habituales que manejamos en la práctica clínica habitual. En la Medicina clásica, un acto médico se reduce a un diagnóstico y un tratamiento, siendo el principal objetivo el hallazgo de una enfermedad que explique todos los síntomas a los que nos enfrentamos en un determinado paciente. Las personas mayores presentan varias enfermedades diferentes, agudas o crónicas, relacionadas o no, y en ocasiones las interacciones entre ellas hace que el manejo clínico del anciano no sólo sea difícil, sino que llega a constituir un reto su abordaje, reto que todo el personal sanitario (médicos de distintas especialidades médicas y quirúrgicas, así como enfermeras, terapeutas...), actuales y futuros debe aceptar y afrontar mediante una formación geriátrica adecuada a las necesidades del paciente.

Importancia del conocimiento de los síndromes geriátricos en la práctica clínica habitual

El anciano es un gran consumidor de recursos sanitarios, pero, por necesidad, es en esta etapa de la vida donde se concentran las patologías y, por lo tanto, la justificación de su asistencia. Datos recogidos en múltiples estudios indican que utilizan al médico de Atención Primaria tres veces más que la media de la población, con un consumo de 1,5-2 veces más medicamentos, y en cuanto a la hospitalización la tasa de ingresos en los mayores de 65 años es el doble que en la población general, triplicándose esta tasa en los mayores de 80 años. Asimismo sus estancias son más prolongadas, de tal manera que según la encuesta de morbilidad hospitalaria de 1992, publicada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), el 39% de las estancias hospitalarias de ese año correspondían a los mayores de 65 años, siendo éste solo aproximadamente un 15% de la población española. Datos del año 2000 reseñan que el 49% de las estancias hospitalarias corresponde a mayores de 65 años.

El peso demográfico de los mayores de 65 años en el mundo occidental (sin olvidar que muchos países de los denominados del Tercer Mundo están empezando a aumentar en número de ancianos) está suponiendo grandes cambios económicos, sociales y sanitarios. Atendiendo a lo estrictamente sanitario se impone una

serie de necesidades que precisan rápida solución, considerando importante las siguientes recomendaciones:

- Distintos organismos internacionales (OMS, Unión Europea de Médicos Especialistas, Senado de los Estados Unidos, American y British Geriatrics Society) han elaborado y publicado documentos donde expresan su preocupación sobre la «Formación en Geriatría» a nivel de pregrado, así como de formación especializada.
- *Formación pregrado.* La importancia de la formación pregrado no debe subestimarse. El envejecimiento poblacional ha condicionado que la mayor parte de la actividad profesional de la práctica totalidad de las especialidades médicas y quirúrgicas se realicen sobre pacientes ancianos. Ello debe exigir a todos los profesionales tener un mínimo de conocimientos en geriatría que permitan obtener en cada momento los mejores resultados posibles. Los futuros médicos deben adquirir conocimientos teóricos y habilidades mínimas que le permitan abordar y conocer las peculiaridades del anciano, sea cual sea su especialidad, y es en las facultades de Medicina donde se deben impartir y adquirir estos conocimientos. Los programas desarrollarán contenidos sobre: cambios demográficos, procesos biológicos del envejecimiento, presentación (*síndromes geriátricos*) y tratamiento de las enfermedades en el anciano, el trabajo en equipo y la organización de los cuidados mediante niveles asistenciales.
- *Formación posgrado.* Cualquier sistema de formación especializada debe ajustarse a los principios expuestos por la Unión Europea de Médicos Especialistas. En España el sistema que cumple este requisito es el MIR (médico interno residente). El título de especialista en geriatría se creó en España en 1978, al mismo tiempo que la Comisión Nacional de la Especialidad se encargaba de acreditar los servicios con capacidad de formación y controlar que ésta sea de calidad. La competencia profesional de un especialista en geriatría debe comprender una buena formación médica, una capacidad de gestión y organización de la asistencia geriátrica centrada en un servicio de geriatría hospitalario, el control de la calidad y la docencia en la especialidad.
- La investigación. El cambio del perfil demográfico de las sociedades desarrolladas justifica el estudio del envejecimiento con el fin de prevenir sus consecuencias indeseables y mejorar el bienestar de los ancianos, promoviendo la

investigación específica del envejecimiento con el desarrollo de la gerontología en cuanto a disciplina básica y de la geriatría en cuanto a disciplina médica. Distintos organismos mundiales (OMS, Instituto Nacional del Envejecimiento Norteamericano, la Unión Europea, en España el Plan Nacional de Investigaciones Científicas...) han puesto en marcha planes de investigación sobre el envejecimiento, consiguiendo reducir la visión negativa de la vejez y eliminar la discriminación en función de la edad. Las líneas de investigación prioritaria deben guiarse por problemas relevantes de la población anciana, que afectan a varios campos:

- Mecanismos celulares y moleculares implicados en el envejecimiento y pérdida de la reserva funcional. Bases celulares y moleculares de las enfermedades que condicionan fragilidad en el anciano. Marcadores de fragilidad en el envejecimiento.
- Estudio del efecto diferencial de la enfermedad sobre la fragilidad y la función, sobre todo de las que condicionan mayor dependencia.
- La investigación del envejecimiento irá dirigida a conseguir una vejez saludable y libre de discapacidad. Los mecanismos, enfermedades y dispositivos asistenciales que se relacionen con la pérdida de la función y con la dependencia deben convertirse en líneas de investigación.
- Desarrollo de criterios que ayuden a evaluar la calidad de los cuidados y gestión de los dispositivos asistenciales para los ancianos.
- Los ancianos presentan diferencias importantes con otros grupos poblacionales; por lo tanto, los resultados de investigaciones en grupos de población más joven no les son a priori aplicables. En investigación es habitual en los ensayos clínicos en fase III la exclusión de los mayores de 70/75 años, sin motivo aparente, siendo, por otra parte, curioso que posteriormente serán los grandes consumidores de estos fármacos una vez aprobados para el uso.

Por otro lado, toda investigación en envejecimiento debe tener en cuenta la heterogeneidad del grupo poblacional de los ancianos, siendo necesario estratificar por grupos las intervenciones y resultados.

¿Qué profesionales médicos deben conocerlos?

Analizados los dos apartados anteriores, una vez explicada la relevancia de estos cuadros en cuanto a ser la forma habitual de presentación de muchas pato-

logías en los ancianos, es aconsejable su conocimiento por parte de aquellos profesionales médicos (sin excluir personal de enfermería como fuente importante de detección de problemas en el anciano) altamente frecuentados por los ancianos.

- *Utilización de Atención Primaria.* En España el 97% de los ancianos viven en el medio comunitario y están, por tanto, en cuanto a salud se refiere, bajo la responsabilidad de la Medicina Familiar y Comunitaria, siendo la población anciana una alta consumidora de su labor asistencial. Como datos destacables de la magnitud o volumen del consumo asistencial que este pequeño grupo poblacional (entorno al 16% de la población global) hace de la Atención Primaria se destaca en el Libro Blanco *El médico y la Tercera Edad* (1992) los siguientes datos: «el 50% de los asistentes a la consulta de AP son mayores de 65 años», «el 75% de las personas mayores habían acudido al menos una vez al médico en el último año y el 30% una vez al mes». Datos más recientes de la Encuesta Nacional de Salud 2001, el ámbito donde se producen la mayoría de las consultas al médico por parte de la población general es en los Centros de Salud (57%), siendo los mayores de 65 años con un 37,8% los que más consultas generan. Según el estudio Geriatría XXI, el 46,48% de los pacientes atendidos en Atención Primaria son mayores de 65 años, siendo este porcentaje más elevado en el medio rural. Los ancianos utilizan mayoritariamente la sanidad pública (90%) y el facultativo más frecuentemente consultado es el médico de familia (78%), un 39% de las visitas es sólo para recoger recetas. Según algunos estudios el 47% de las consultas en mayores de 14 años se realizan en ancianos, pero además éstos necesitan mayor tiempo de atención. Por otro lado las visitas realizadas en el domicilio de los ancianos suponen el 40% de las realizadas por los facultativos de Atención Primaria, precisando tiempos promedios mayores (15,1 minuto por adulto y 21 minuto por anciano). Estos datos apoyan la realidad de que el facultativo que más labor asistencial realiza sobre los ancianos es el Médico de Familia y es lógico que estos profesionales reciban una formación específica sobre síndromes geriátricos como el síntoma inespecífico oculta una gran variedad de etiologías. Es conveniente de que estos profesionales en su etapa formativa como especialistas reciban formación en Geriatría si es que en la formación pregrado no la han recibido.
- *Utilización de los servicios de urgencias.* Según el ENSE-95 (Encuesta Nacional de Salud Española) cerca de un 20% de los mayores

acudieron o fueron visitados en domicilio con una gran diferencia a favor de acudir a un centro (16/4), haciéndolo en más de una ocasión en al menos un 4%. Datos de la publicación Geriatría XXI, los mayores de 65 años son el 26% de las personas que acuden a urgencias hospitalarias, y constituyen el 40% de los ingresos hospitalarios por esta vía. En la mayoría de las ocasiones acude a un Servicio de Urgencias Hospitalario casi siempre público. Un estudio llevado a cabo en el Hospital Universitario de Getafe sobre las urgencias de este centro se observó que los mayores de 65 años son los que proporcionalmente frecuentan más la urgencia hospitalaria con una visita anual por cada 1,5 habitantes ancianos frente a una visita por cada 3,2 en la población adulta, observándose también que la tasa de ingresos es también el doble que en la población adulta (27% vs. 13%), siendo los ingresos mayoritariamente en el área médica (72%). Los ancianos utilizan los servicios de urgencia en mayor proporción que los adultos jóvenes, pero en números absolutos de cada cinco-siete pacientes que acuden a urgencias sólo uno es mayor de 65 años, pero en ellos la proporción de ingresos es mayor, lo que indica mayor severidad de sus patologías que precisan controles y tratamientos más complejos. De este modo como en el caso de la AP sería conveniente la familiarización de los facultativos integrados en los servicios de urgencias, con las peculiaridades de los pacientes geriátricos y entre ellas el conocimiento de los síndromes geriátricos.

- *Utilización de los Hospitales Generales.* La población anciana consume más recursos hospitalarios porque su tasa de morbimortalidad es mayor que la de otros grupos de edad. Las personas mayores, sobre todo los de mayor edad, son el colectivo que utiliza una mayor utilización de recursos sanitarios: frecuentación 1,9 veces mayor para ingreso, siendo de 2,2, para mayores de 75 años; un 35% del total de los ingresos hospitalarios; un 49% de las estancias hospitalarias, con una estancia media de 10,6 días frente a los 8,03 de los menores de 65 años (ENSE 1997). La tasa anual de hospitalización de ancianos es elevada y el peso hospitalario de estos pacientes, sobre todo en camas del área médica en distintas especialidades, es creciente, originando altos índices de ocupación de camas y un número elevado de estancias hospitalarias cercano al 50%. Los servicios médicos y también los quirúrgicos asumen tasas del 50% de personas mayores de 65 años, siendo en los servicios de Geriatría (cuando existen) donde ingresan los más ancianos siendo el 80% mayo-

res de 80 años. Se considera que un 15-20% de los mayores de 65 años son ancianos frágiles y precisan de una atención específica para los múltiples problemas que presentan con el alto riesgo de incapacidad y dependencia, que la hospitalización aguda puede agravar. Estos datos deben ser interpretados como la consecuencia lógica del incremento de la expectativa de vida y del éxito de la ciencia y la Medicina, dado que los ancianos han de ser atendidos por distintos especialistas hospitalarios, estos deberían tener también como hemos señalado en los dos puntos anteriores, conocimientos en medicina geriátrica para una mejor comprensión de las particularidades de sus pacientes.

- *Utilización de hospitales de media y larga estancia.* La atención de pacientes ancianos que precisan cuidados hospitalarios rehabilitadores y/o de larga duración constituye un problema asistencial importante, e irregularmente abordado por las distintas Comunidades Autónomas de nuestro país con un desarrollo desigual en las mismas, y esto se debe a la gran variabilidad entre los planes de salud de las Autonomías con el consiguiente riesgo de falta de equidad, ya que dependiendo de la localización geográfica una persona mayor tendrá la oportunidad de recibir un tratamiento especializado funcional completo, parcial o ninguno. Es difícil conocer con exactitud el número de camas existentes con este fin. Últimamente muchos de los llamados *hospitales de apoyo* luchan por implantar calidad de cuidados y aspectos rehabilitadores, integrando profesionales formados en geriatría que incorporan en la cadena asistencial como prioridad el mantenimiento de la función. Es importante la formación en geriatría del personal facultativo que las atiende, ya que los pacientes subsidiarios de estas unidades reúnen numerosas patologías asociadas a incapacidad que merecen un abordaje especial. Cataluña, a partir del «Programa Vida a los Años», incorpora a sus prestaciones sanitarias y sociales los Centros Sociosanitarios como unos centros a mitad entre el medio residencial y el hospital, con una clara actividad geriátrica una vez superada la fase aguda de la enfermedad, incorporando a los mismos niveles asistenciales como Unidades de Media y Larga Estancia, Hospitales de Día y programas de asistencia domiciliaria (PADES).
- *Utilización de los servicios institucionales.* Por Servicios Institucionales se identifican los Centros Residenciales y otros sistemas de alojamientos alternativos como Viviendas Tuteladas o Acogimiento Familiar. Entre las distintas definiciones de residencia podríamos destacar la de «Centro gerontológico abierto de atención sociosanitaria interprofesional, en la que viven temporal o permanentemente personas mayo-

res con cierto grado de dependencia», no se contemplan las plazas de válidos debido a la tendencia actual de ligar los conceptos de residencia al término de *asistida* dada la mayor necesidad de cuidados del colectivo de ancianos con discapacidad. Por tanto, del total de plazas residenciales, el 60% son para personas dependientes.

El número total de plazas residenciales, públicas y privadas, según datos de 2004 era de 266.392 distribuidas en 4.888 centros, siendo mayor el peso de lo privado a lo público. Aproximadamente el 85% de estos centros tienen entre 50-100 plazas, un 15% entre 100-150 plazas y sólo un 8% más de 150 plazas. La cobertura de plazas residenciales en enero de 2004 era de 3,66 plazas por cada mayor de 65 años, acercándose progresivamente a la media de los países encuadrados en el ámbito europeo de la OCDE, que es de 5,1. Actualmente la tendencia es favorecer la permanencia del anciano en su medio, recurriéndose a la institucionalización ante problemas de discapacidad física o mental, así las residencias atenderán a ancianos con una alta prevalencia de patologías y de síndromes geriátricos que de no ser manejados correctamente generarán yatrogenia. Los profesionales médicos y de enfermería de estos centros deberían tener una cualificación especial en el abordaje multidisciplinar de los problemas de los ancianos institucionalizados que optimizaría la utilización de recursos y mejoraría la calidad asistencial. Si bien no es discutida la necesidad de un número concreto de médicos en función del número de residentes, es más problemática la necesidad de guardias médicas en dichos centros.

Asistimos a una progresiva «geriatrización de la Medicina» consecuencia del incremento del número de personas mayores de 65 años al aumentar la expectativa de vida, y por lo tanto una mayor prevalencia de la enfermedades crónicas e invalidantes que exige, por una parte, a los gestores estatales a buscar políticas asistenciales encaminadas a satisfacer las nuevas necesidades emergentes de este fenómeno poblacional, y los profesionales sanitarios deberán cualificarse oportunamente en las patologías de sus clientes cada vez más numerosos: los ancianos. La realidad del envejecimiento poblacional exige la necesidad de atender a los ancianos desde los principios básicos de la equidad y la calidad.

Si bien podemos considerar que hoy en nuestra sanidad una persona de 80 años, mental y funcionalmente sin problemas, recibe una atención sanitaria adecuada y de alta calidad, lo

cierto es que cuando una persona de igual edad presenta pluripatología y el proceso de su enfermedad se ve influenciado por condicionantes funcionales, mentales o sociales, las estructuras sanitarias actuales no tienen una óptima solución integral de sus problemas. Es preciso iniciar un proceso de renovaciones institucionales que contemplen en sus esquemas, tanto en formación como en asistencia, las peculiaridades de este colectivo en crecimiento en todo el mundo.

Bibliografía

1. Campbell AJ, Buchner DM. Unstable and the fluctuations of frailty. *Age Ageing* 1997; 26: 315-8.
2. Macías Núñez JF, Guillén Llera F, Ribera Casado JM. *Geriatría desde el principio*. Barcelona: Glosa; 2001.
3. Salgado Alba A, Guillén Llera F, Ruipérez I. *Manual de Geriatría*. 3.ª ed. Barcelona: Masson; 2002.
4. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. *Geriatría XXI. Análisis de las necesidades y recursos en la atención de personas mayores en España*. Madrid: Editores Médicos; 2000.
5. Guillén F, Pérez J. *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico*. Barcelona: Masson; 1994.
6. Hazzard WR, Bierman EL, Blass JP, Ettinger WH, Halter JB. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. 4.ª ed. New York: McGraw-Hill; 1997.
7. *Atención a las personas en situación de dependencia en España*. Libro Blanco. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2005. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es>.
8. INSALUD. *Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1995.
9. Kane R, Ouslander J, Abrass I. *Geriatría Clínica*. 3.ª ed. New York: McGraw Hill; 2000.
10. *Nutrición y envejecimiento*. Sociedad Catalano-Balear de Geriatría y Gerontología. Barcelona: Glosa; 1999.
11. Rodríguez Mañas L, Solano Jaurrieta JJ. *Bases de la atención sanitaria al anciano*. Madrid: SEMEG; 2001.