

Cambios demográficos y asistencia geriátrica

Los cambios demográficos producidos en España en los últimos años son similares a los del resto de los países desarrollados de nuestro entorno: incremento del porcentaje de personas mayores y descenso del porcentaje de jóvenes. Las proyecciones demográficas indican que estos cambios se van a mantener e incluso se acentuarán en el futuro, lo que ocasionará un preocupante envejecimiento de la población, cuyo origen se encuentra en la caída de la natalidad y, fundamentalmente, en un aumento de la esperanza de vida.

C. García Ortega^{a,b}, J. Almenara Barrios^b y M.A. Vázquez Ramos^a

^aServicio de Admisión y Documentación Clínica del Hospital Punta de Europa de Algeciras. ^bÁrea de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Cádiz. Cádiz. España.

La situación de la sociedad española difiere, no obstante, de otros países europeos en varios aspectos¹⁻³ (fig. 1).

– Los cambios demográficos están ocurriendo en España a una velocidad mayor que en el resto de los países de nuestro entorno, debido a la drástica disminución de la natalidad (España con 1,2 hijos por mujer se encuentra en los niveles más bajos jamás conocidos en la Unión Europea) y al aumento de la esperanza de vida.

– En ausencia de una adecuada oferta de servicios de atención sociosanitaria, la familia asume la práctica totalidad de los cuidados de los mayores dependientes.

– La sociedad española ha sufrido en las últimas décadas profundos cambios económicos y sociales entre los que destaca la incorporación de la mujer al mercado de trabajo (que dificulta el actual modelo de servicios basados exclusivamente en la familia) y el cambio en las expectativas de las personas mayores (independencia económica, capacidad para mantener la autonomía, etc.).

– Las políticas de protección social y el establecimiento del régimen de pensiones ocurren de forma muy tardía en nuestro país.

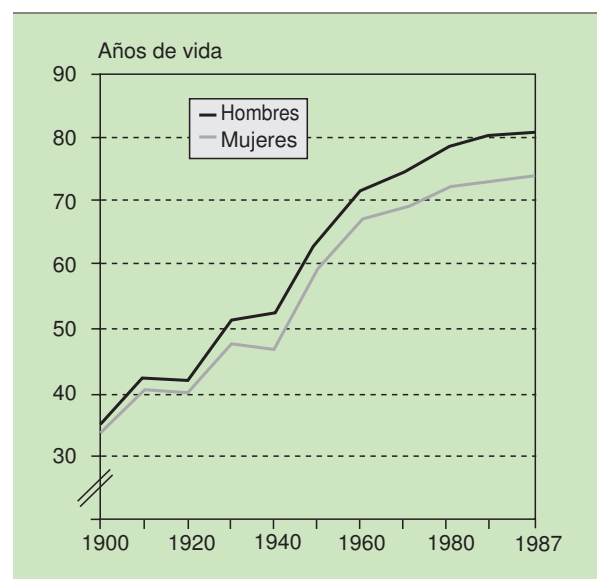


Fig. 1. Evolución de la esperanza de vida en España^{2,3}.

– El alto índice de desempleo lleva, en ocasiones, a situaciones en las que las pensiones de jubilación constituyen una proporción importante de los ingresos familiares.

Estos cambios sociodemográficos tienen consecuencias importantes en numerosas áreas; las más afectadas son el sistema sanitario y el sistema de protección social. El envejecimiento conlleva un notable incremento del gasto sanitario, que se cuantifica en una proporción de 3,2 para relacionar el consumo sanitario de los mayores de 65 años con el resto de la población. Asimismo, se observa un consumo distinto entre los ancianos, en función de que sus miembros pertenezcan al grupo etario de 65-74 (2,27) o al de mayores de 75 años (3,93)⁴.

Este aumento en el número de ancianos debido al avance de la vida constituye uno de los logros más importantes de la historia de la humanidad¹. La sociedad española debe adaptarse a los cambios demográficos, que se acentuarán en el futuro aunque se recupere la tasa de natalidad. El incremento en el número de las personas mayores no debe analizarse exclusivamente desde un punto de vista cuantitativo, sino que deberemos intentar prever cómo serán los ancianos de un futuro⁵ (p. ej., nivel educativo, vivienda, pensiones, necesidades sociales, etc.) y sus necesidades sociosanitarias (p. ej., asistencia geriátrica, camas de hospitalización, residencias).

Las personas de edad avanzada plantean numerosos problemas específicos a los servicios sanitarios, a los que se le suman los derivados del escaso desarrollo de la red de atención social⁶. El sistema sanitario, y muy específicamente el hospital, ha pasado de atender a pacientes jóvenes con enfermedad aguda a pacientes mayores con enfermedades crónicas e imposibles de curar con la medicina actual. Esto exige cambiar la oferta de un sistema que ofrece soluciones a episodios (enfermedad aguda de aparición inesperada) a una gestión continua de los problemas sociosanitarios⁷ (pluri-enfermedad crónica de evolución previsible) (tabla 1). Es necesario un cambio importante en los esquemas de funciona-

miento del sistema sanitario; es fundamental una coordinación sociosanitaria de la que mucho se ha hablado y que, sin embargo, en su materialización práctica, poco se ha avanzado⁸.

Una asistencia integral al anciano implica el diagnóstico de su situación y el abordaje de los problemas por un equipo multidisciplinario, así como la adopción de medidas globales que contemplen aspectos extraordinariamente amplios y dispersos. Éstos incluyen puntos tan variados como una cuantía adecuada de pensiones, unos servicios sociales lo más completos posibles y pensados, teniendo en cuenta la realidad del colectivo de ancianos al que van dirigidos. Asimismo, hay que considerar unas medidas de política sanitaria que contribuyan a prevenir las enfermedades y mejorar la calidad de vida, que faciliten la asistencia integral al anciano cuando aquéllas se presenten y tengan en cuenta las enfermedades crónicas e incapacitantes a efectos de servicios específicos de recuperación, de residencias asistidas, etc.^{7,8}.

El enfermo de edad avanzada generalmente no es un paciente fácil. El proceso de enfermar tiene características que le diferencian del adulto joven, ya que la enfermedad asienta sobre un «terreno» envejecido, frágil y con menor capacidad de reserva. Además, la actitud del anciano ante su enfermedad es diferente, lo que influye en la forma de presentación de la misma y en el momento en que acude a buscar ayuda al sistema sanitario. Las enfermedades en los mayores se caracterizan por la pluriafección, la cronicidad, la incapacidad funcional y las presentaciones atípicas. Es preciso tener en cuenta estos hechos a la hora de realizar el diagnóstico y tomar decisiones, y también como base para organizar un sistema sanitario adecuado a estas características⁹.

Sin olvidar en ningún momento la necesidad del abordaje holístico de la persona anciana, el presente trabajo estará centrado en los aspectos sanitarios. Para poder estimar la necesidad de servicios y cuidados sanitarios en las personas mayores es imprescindible conocer su estado de salud y especialmente la prevalencia de las enfermedades y problemas que se asocian a mayor riesgo de hospitalización^{10,11}. Los patrones de utilización de los servicios sanitarios de los mayores³ informan que más del 90% de las personas mayores ha consultado con su médico en el período de un año. No se observan diferencias de acceso a los servicios de atención primaria sobre la base de características sociodemográficas, parece que la utilización de servicios está fundamentalmente determinada por las necesidades de salud y modificada por las redes de apoyo familiar. La frecuencia de la utilización de urgencias y hospitales se sitúa en rangos similares a la de otros países europeos y americanos. Las diferencias con otros países radican en los servicios preventivos y los escasos servicios sociales. Los mayores españoles van menos al dentista, al oftal-

TABLA 1
Cambios en la demanda de la población

Enfermedad aguda	→ Enfermedad crónica
Uniafección	→ Pluriafección
Enfermedades infecciosas	→ Enfermedades asociadas a los estilos de vida de países desarrollados (cardiovasculares, cáncer, etc.)
Resultado: autosuficiencia	→ Resultado: dependencia
Necesidad inesperada	→ Necesidades esperadas
Abordaje sanitario	→ Abordaje multidisciplinario

Modificada de Cruz Jentoft⁷.

mólogo, a los servicios de salud mental y a los servicios de rehabilitación que sus homólogos europeos³.

No existen enfermedades propias de los ancianos, todas las que padecen pueden presentarse en edades más tempranas de la vida, lo que cambia es el «terreno» donde asienta, la repercusión funcional, psíquica y social que sobre el anciano comporta dicha enfermedad¹⁰. La postura del anciano ante la enfermedad también es diferente, ya que está influida por aspectos sociales (p. ej., tardanza en comunicar una incontinencia urinaria), éticos (como el retraso en acudir al sistema sanitario por no sobrecargar a los familiares), psicológicos (el miedo a que se repita una caída puede llevar a una inmovilidad grave), culturales (la depresión es inconfesable en determinadas clases sociales), clínicos (experiencias previas) o funcionales (puede considerarse más grave la enfermedad que causa mayor deterioro funcional que la que puede llevar a la muerte)⁹ (tabla 2⁹⁻¹¹).

Las enfermedades más importantes por su frecuencia y gravedad en las personas mayores se comentan en los siguientes apartados¹⁰⁻¹⁵.

Enfermedades del aparato circulatorio

Destacan la hipertensión arterial, la cardiopatía isquémica, la insuficiencia cardíaca, el accidente cerebrovascular, la vasculopatía de los miembros inferiores y la tromboflebitis. Asimismo, son especialmente elevados los distintos factores de riesgo cardiovascular, y es de gran importancia su control para realizar una medicina preventiva eficaz.

La tendencia de la morbilidad hospitalaria de las enfermedades del aparato circulatorio en el período 1985-1995 ha sido de un constante aumento en hombres y mujeres, y se ha incrementado en estos últimos años fundamentalmente la enfermedad isquémica. Las enfermedades cardiovasculares son –y lo seguirán siendo en un futuro próximo– la principal causa de muerte en España, especialmente a partir de los 70 años de edad.

TABLA 2
Características de la enfermedad en geriatría⁹⁻¹¹

No existen enfermedades propias del anciano, aunque las enfermedades pueden tener rasgos clínicos diferentes
El anciano puede padecer todas las enfermedades
Cambia la frecuencia de las enfermedades.
Pluriafección y cronicidad
Cambia el terreno donde asienta dicha enfermedad:
Alteraciones morfológicas y funcionales
Disminución de las defensas
Disminución de la capacidad de adaptación: fragilidad
Cambian las repercusiones de la enfermedad
Repercusión funcional
Repercusión psíquica
Repercusión familiar y social

Los problemas osteomusculares

Comprenden la artrosis, la osteoporosis, las fracturas y las atrofiaciones musculares por inmovilismo. Dentro de este apartado destacamos por su frecuencia y repercusiones las caídas, ya que constituyen la principal causa de accidentes mortales y no mortales entre los ancianos en los países desarrollados.

La proporción de caídas que provocan fracturas es baja, pero el número absoluto de ancianos que sufren fracturas es elevado, lo que ocasiona una gran demanda asistencial. Los factores que se han asociado a este tipo de accidentes son las enfermedades crónicas (diabetes), alteraciones de la marcha, antecedentes de caídas previas y consumo de determinados fármacos (digitálicos, antiarrítmicos, neurolépticos, antidepresivos y broncodilatadores orales).

Enfermedades del aparato respiratorio

La afección respiratoria se encuentra representada en estas edades por las enfermedades infecciosas (exacerbaciones de bronquitis crónicas, EPOC y neumonías) y la afección tumoral. La mayor parte de la afección respiratoria se encuentra asociada al uso del tabaco, lo que explica el claro predominio del sexo masculino en estas enfermedades.

La neumonía adquirida en la comunidad es una enfermedad frecuente, con unos costes elevados y una tasa de mortalidad elevada. A la luz de los conocimientos actuales se espera que la inmunización de las personas de edad avanzada contra los virus de la influenza y los neumococos pueda disminuir la incidencia y la gravedad de las infecciones de las vías respiratorias y prevenir hasta el 50% de los fallecimientos por estas enfermedades. Mientras que la vacunación antigripal está generalizada y se administra en todos los centros de salud, el uso de la vacunación antineumocócica no lo está tanto, a pesar de que su pauta de administración es más simple (una sola dosis de vacuna protege durante varios años); hay comunidades autónomas que la incluyen en sus programas de salud del anciano mientras que en otras comunidades su uso queda restringido a hospitales y a circunstancias especiales (medicamento hospitalario).

Alteraciones neurológicas

En nuestro país se estima que entre 400.000 y 500.000 personas padecen demencia³; la más frecuente es la enfermedad de Alzheimer, seguida de la demencia de tipo vascular y la mixta. El riesgo de la demencia está relacionado con la edad, por lo que es previsible un incremento del número de enfermos en función del envejecimiento poblacional. Recientemente diversos fármacos

que aumentan las concentraciones centrales de acetilcolina (la tacrina, el donezepilo, la rivastigmina, el metrifonato y la galantamina) han proporcionado algunos resultados positivos respecto a la cognición y conducta, abriendo una línea esperanzadora en el tratamiento y prevención de esta enfermedad.

Trastornos endocrinos y metabólicos

La diabetes mellitus tipo II, cuya prevalencia aumenta con la edad, se acompaña de complicaciones vasculares microangiopáticas (retinopatía), macroangiopáticas (aterosclerosis) y neurológicas. Ocasiona un porcentaje importante de invalideces en los ancianos (déficit visuales y amputaciones), que podrían disminuir de forma importante con un adecuado control y tratamiento de esta enfermedad.

Alteraciones psiquiátricas

Entre ellas destacan los estados depresivos y el delirio. Una entidad menos grave, pero más frecuente, es el trastorno del sueño en los ancianos, que provoca un elevado consumo de hipnóticos en estas edades.

Incontinencia urinaria

Es de elevada frecuencia en estas edades (10-15% de los sujetos que viven en la comunidad, 30-40% en caso de ingreso hospitalario y un 50-60% en pacientes institucionalizados). A pesar de su elevada frecuencia e impacto en la calidad de vida, sólo un tercio de los pacientes consulta al médico.

Otras enfermedades

Cabe destacar la afección neoplásica, alteraciones de los órganos de los sentidos (déficit visuales, déficit auditivos, cataratas), inmovilidad, úlceras por presión y otras.

Asistencia geriátrica

En el ámbito de atención primaria, en todas las enfermedades (o simplemente problemas o limitaciones en numerosas ocasiones) el médico de familia tiene una importante labor en sus vertientes de prevención, tratamiento y rehabilitación¹⁶. La geriatría propone un enfoque integral del paciente, cambiando el enfoque biomédico tradicional centrado en la enfermedad a un enfoque biopsicosocial centrado en el individuo⁶. Para ello, el punto de partida debe ser una valoración geriátrica, definida como «un proceso multidimensional e interdisciplinario destinado a cuantificar las capacidades y los problemas sanitarios, funcionales y sociales

del individuo anciano, con la finalidad de elaborar un seguimiento exhaustivo para el tratamiento y seguimiento a largo plazo»⁷. El médico de familia, con el resto de los miembros del equipo de atención primaria, es el responsable de la atención geriátrica domiciliaria, que si se realiza correctamente disminuye el riesgo de hospitalización y de ingreso en residencias geriátricas de estos pacientes.

En la atención especializada conviene distinguir al menos a dos tipos de pacientes mayores hospitalizados¹⁶: los ancianos enfermos y los pacientes geriátricos. Los ancianos enfermos sólo se diferencian de los adultos jóvenes por su edad cronológica, por lo general no muy avanzada. Son enfermos que ingresan en los hospitales por enfermedades únicas o para la realización de cirugía. Su evolución es similar a la de los enfermos más jóvenes, y habitualmente sus problemas de salud se resuelven de forma satisfactoria.

Los pacientes geriátricos¹³ son personas de edad más avanzada (generalmente mayores de 75 años, aunque la edad no es el único determinante), presentan una multiplicidad de enfermedades coexistentes, que a menudo tienden a la incapacidad funcional (accidente cerebrovascular) con la consiguiente necesidad de rehabilitación y, si ésta fracasa, de cuidados de otras personas. Los pacientes geriátricos presentan frecuentemente alteraciones del estado mental (depresión, demencia)^{3,14} y problemas derivados de todo lo anterior.

En el ámbito de atención especializada, la asistencia al paciente geriátrico debería articularse en torno a las siguientes unidades^{7,14,18,19}:

Unidad Geriátrica de Agudos. Es la unidad donde ingresan las personas mayores con enfermedades agudas o crónicas reagudizadas. Debería estar presente en todos los hospitales medicoquirúrgicos, aunque su actividad tradicionalmente es suplida por los servicios de medicina interna. El INSALUD recomienda la dotación de 10-15 camas en cada hospital general (o por cada 250.000 habitantes con un índice de envejecimiento del 13%)¹⁸.

Las diferencias de una unidad geriátrica de agudos con una sala de hospitalización convencional se encuentran principalmente en la forma de trabajo (equipo interdisciplinario, valoración geriátrica, prevención del deterioro físico y mental, preparación del alta, etc.) y en diferencias estructurales (suelos antideslizantes, camas de altura graduable, aseos accesibles, etc.)¹⁷. Los pacientes tratados en estas unidades tienen un mejor pronóstico funcional y una estancia media –y por tanto costes económicos– inferiores a los tratados en plantas de hospitalización convencionales¹⁷.

Unidad de Rehabilitación Geriátrica. En ella se intenta mejorar de las secuelas funcionales que quedan en un pequeño porcentaje de los pacientes geriátricos hospita-

lizados (accidente cerebrovascular, fracturas de cadera o síndromes de inmovilidad de múltiples causas). Estas unidades permiten una mayor eficiencia que las unidades de agudos (no sólo de geriatría, medicina interna o neurología, sino también las de traumatología, cirugía, etc.) al facilitar el alta de las mismas¹⁷.

Hospital geriátrico de día. Unidad asistencial sin camas, de horario diurno, que tiene como objetivo completar tratamientos de rehabilitación en ancianos que requieren cuidados médicos y de enfermería, todo ello desde una perspectiva holística que incorpora aspectos preventivos, asistenciales y de integración social. Tiene numerosas ventajas, tanto para el paciente (no ruptura con su medio, mejora la situación funcional y emocional del enfermo), para la familia (ayuda a aliviar al cuidador de sus responsabilidades durante unas horas semanales) así como para el sistema sanitario (disminución de costes hospitalarios, disminución de ingresos en hospitales de crónicos).

Los pacientes que acuden al hospital geriátrico de día son en su mayoría incapacitados, principalmente por enfermedades como las cerebrovasculares y del aparato locomotor (artrosis, artritis reumatoide, fracturas de cadera). También son comunes los diagnósticos de caídas, parkinsonismos, cardiopatías, diabetes, trastornos de la afectividad y demencias¹⁹.

La procedencia de los pacientes que acuden al hospital de día es variada. En su mayoría son enfermos que acuden tras ser dados de alta en salas de geriatría (48-25%), y también remitidos desde la consulta externa, tras una valoración domiciliaria o directamente desde el equipo de atención primaria¹⁹.

Conclusión

En resumen, los motivos de ingreso hospitalario de las personas mayores son fundamentalmente por enfermedades endémicas de los países desarrollados, que ya se manifestaban habitualmente en la edad adulta y en cuyo control la medicina preventiva se ha mostrado como el arma más eficaz. En este sentido, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) indica «que el buen envejecimiento depende en gran medida de la prevención de las enfermedades y la discapacidad, el mantenimiento de una gran actividad física y de las funciones cognitivas y la participación ininterrumpida en actividades sociales y productivas»⁵.

Al estudiar la frecuentación hospitalaria se observa que las enfermedades cardiocirculatorias son las que ocasionan un mayor número de ingresos hospitalarios, seguidas de las enfermedades del aparato respiratorio (con claro predominio de los varones) y las enfermedades del aparato digestivo²⁰ (tabla 3). Es fundamental una política sanitaria que contribuya a prevenir las enfermedades, mejorar la calidad de vida y facilitar una

TABLA 3
Diagnóstico principal de ingreso más frecuente en mayores de 65 años de la provincia de Cádiz

CIE-9-MC	DIAGNÓSTICO	N (%)
366	Cataratas	635 (3,8)
428	Insuficiencia cardíaca	632 (3,4)
574	Colelitiasis	462 (2,8)
410	Infarto agudo de miocardio	449 (2,7)
411	Angor inestable	416 (2,5)
434	Oclusión arterias cerebrales	376 (2,3)
820	Fractura de cuello de fémur	369 (2,2)
427	Arritmias cardíacas	351 (2,1)
188	Neoplasia maligna de vejiga	347 (2,1)
162	Neoplasia maligna bronquios y pulmón	318 (1,9)
491	Bronquitis crónica	305 (1,8)
402	Enfermedad cardíaca hipertensiva	304 (1,8)
250	Diabetes mellitus	281 (1,7)
486	Neumonía, organismo no especificado	256 (1,5)
414	Cardiopatía isquémica crónica	246 (1,5)

CIE-9-MC: Clasificación Internacional de Enfermedades.

asistencia integral a las personas mayores. El eje central de dicha política debe estar situado en el centro de salud, con un programa del anciano que potencie la atención domiciliaria, la educación sanitaria y la valoración permanente de la situación de estas personas.

Bibliografía

- Fernández Cordón JA. Los cambios demográficos en España. En: Cabasés Hita JM, editor. La formación de los profesionales de la salud. Escenarios y factores determinantes. Bilbao: Fundación BBV, 1998; p. 33-56.
- Fernández Cordón JA. Demografía, actividad y dependencia en España. Serie Economía Pública. Madrid: Fundación BBV, 1996.
- Zunzunegui Pastor MV. Envejecimiento y salud. En: Informe SESPAS 1998: la Salud pública y el futuro del estado del bienestar. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1998; p. 121-39.
- Ortún Rubio V. Sistema sanitario y estado del bienestar: problemas a la vista. En Informe SESPAS 1998: la Salud pública y el futuro del estado del bienestar. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1998; p. 39-57.
- Organización Panamericana de la Salud. Salud de las personas de edad. Envejecimiento y salud: un cambio de paradigma. Washington: OPS, 1998; CSP25/12.
- Ribera Casado JM. Geriatría. Conceptos y Generalidades. En: Farreras Valenti P, Rozman C, editores. Manual de Medicina Interna. 13.ª ed. Barcelona: Mosby-Doyma; 1995; p. 1275-87.
- Cruz Jentoft AJ. Cambios demográficos y asistencia geriátrica. Libro de ponencias del Aula de Debate Sociosanitaria 1998. Madrid: Aula Médica, 1998; p. 83-8.
- Maravall Gómez-Allende H. La coordinación socio-sanitaria: necesaria y posible. Rev Administración Sanitaria 1999;3:393-404.
- Cruz Jentoft AJ. Características específicas del enfermo mayor. An Med Interna 2000;17 (Supl 2):3-8.
- Ortiz Espinosa J, Sánchez Ortiz JA, Bonillo García MA. Patologías más frecuentes en el anciano: características e historia clínica. En: Gallo Vallejo FJ, López L, Martínez-Cañavate López-Montes T, Torío Durántez J, editores. Manual del residente de medicina familiar y comunitaria. Madrid: SemFyC, 1997; p. 1198-205.

11. García Fernández JL. Características de las enfermedades en geriatría. Enfermedades más frecuentes. Complicaciones de las enfermedades en geriatría. Historia clínica de los ancianos. En: Salgado A, Guillén F, editores. Manual de Geriatría. Barcelona: Salvat, 1990; p. 157-63.
12. Rodríguez Calvo I. Factores asociados a la estancia hospitalaria de sujetos mayores de 65 años. Demanda hospitalaria de crónicos. *Todo Hosp* 1997;134:65-73.
13. Ribera Casado JM. Enfermedades más comunes en geriatría. Semiología específica. En: Ribera JM, Veiga F, Torrijos M, editores. *Enfermería Geriátrica*. Barcelona: IDEPSA, 1991; p. 6-11.
14. Gil Gregorio P. Problemas clínicos más relevantes en el paciente geriátrico. En: Farreras Valenti P, Rozman C, editores. *Manual de Medicina Interna*. 13.ª ed. Barcelona: Mosby-Doyma, 1995; p. 1287-300.
15. Verdejo Bravo C. Incontinencia urinaria: un problema frecuente del paciente mayor. *An Med Interna* 2000;17 (monogr. 2): 19-25.
16. Morata García de la Puerta FJ, Fernández García C, Jurado Duce A. Justificación del programa. Los factores de riesgo en el anciano. El programa del anciano: objetivos y configuración del mismo. En: Gallo Vallejo FJ, López L, Martínez-Cañavate López-Montes T, Torío Duránte J, editores. *Manual del residente de medicina familiar y comunitaria*. Madrid: SemFyC, 1997; p. 1175-81.
17. González Montalvo JI. Alternativas a la hospitalización convencional en el anciano. En: Del Llano Señaris J, Ortún Rubio V, Martín Moreno JM, Millán Núñez-Cortés J, Gené Badía J, editores. *Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Barcelona: Masson SA; 1988; p. 372-94.
18. Gogorcena Aoiz MA, Regato Pajares P. Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores. Madrid: Instituto Nacional de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995.
19. Hornillos Calvo M, Batzán Cortés JJ, González Montalvo JI. Los hospitales de día geriátricos: revisión de su eficacia en el hospital general. *An Med Interna* 2000;17 (Supl 2):26-36.
20. García Ortega C, Mérida de la Torre FJ, Almenara Barrios J, Zafra Mézcua J. Morbilidad hospitalaria aguda de las personas mayores. Cádiz: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz, 2000.