

# I Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España

## Prevención de la dependencia en las personas mayores

Ministerio de Sanidad y Consumo

VERSIÓN RESUMIDA

Consulte la edición íntegra en: <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/conferenciaPPS/conferencia.htm>

### Consideraciones especiales

Como se ha expuesto anteriormente, tanto las personas mayores como su función y su estado de salud son un campo extremadamente heterogéneo. No todos los ancianos se benefician por igual de las mismas actividades sanitarias, entre ellas las preventivas. Parece lógico, pues, que deban adaptarse las estrategias preventivas recomendadas con anterioridad a la situación de cada persona mayor en concreto. Aunque el estado de salud y de función de las personas mayores es un espectro continuo, la población mayor puede agruparse en cinco tipos fundamentales de pacientes (véase apartado 3. «Definiciones, tipología de pacientes»). Cada uno de los grupos ve amenazada su salud y su función de diversas maneras, y precisa aplicar diferentes estrategias preventivas.

Ante una persona mayor, *siempre es necesario individualizar en cada caso en concreto, y la valoración geriátrica integral (VGI) es la herramienta clave a la hora de la toma de decisiones.* Esta última siempre es dinámica y cambiante de acuerdo con los principios básicos de la bioética:

1. Propia decisión del paciente (en pacientes con demencia moderada-grave según el cuidador principal o la persona designada en este caso en las directrices avanzadas).
2. Evidencia de la recomendación, en especial en cuanto a mejora de la morbimortalidad sobre su situación funcional y, por tanto, sobre su calidad de vida.
3. Priorización de las medidas que deben tomarse para facilitar el cumplimiento y el menor número de complicaciones.

En la tabla 1 se ofrecen orientaciones y una perspectiva consensuada del grupo de trabajo del presente documento acerca de la intervención en la población de edad avanzada, ajustando las prioridades de prevención de la dependencia a la tipología de este tipo de personas. Pueden aplicarse tres actividades preventivas a prácticamente todos los ancianos, con independencia de su situación funcional: en primer lugar, la actividad física adaptada a la propia tipología del paciente es efectiva en la prevención primaria y secundaria de la enfermedad, previene la fragilidad y ayuda a mantener la función y a reducir los accidentes. En segundo lugar, las vacunaciones antigripal y antineumocócica son efectivas y se asocian con una morbimortalidad mínima. Por último, pueden

aplicarse de manera uniforme actividades para prevenir las enfermedades psicosociales (aislamiento, detección de trastornos afectivos, aumento de la autoestima, maltrato y negligencia, directrices avanzadas).

El resumen de las principales recomendaciones de prevención de la dependencia adaptadas a la tipología de las personas mayores sería el siguiente:

*Persona mayor sana.* Todavía no ha experimentado una enfermedad crónica ni un deterioro funcional, por lo que los esfuerzos deben centrarse, principalmente, en mantener la salud con actividades de promoción de ésta y de prevención primaria. También es importante la prevención secundaria para detectar de forma temprana la enfermedad y evitar su repercusión.

*Persona mayor con enfermedad crónica no dependiente.* Parece más probable que las complicaciones de sus enfermedades crónicas, incurables o de larga evolución, sean la causa de futura morbimortalidad y deterioro funcional. Así, la máxima prioridad de prevención en estos pacientes, sin olvidar a los anteriores, debe ser la prevención secundaria y terciaria de la enfermedad.

*Persona mayor en riesgo de dependencia y frágil, o con dependencia leve con posibilidades de que sea revertida.* Conserva la independencia funcional de manera inestable y es vulnerable ante cualquier proceso agudo o intercurrente, influido por su entorno psicosocial y la atención sanitaria y social recibida, de instauración de dependencia más o menos intensa y definitiva. Los esfuerzos, junto con los anteriores de prevención secundaria y terciaria de enfermedad, deben encaminarse hacia la prevención específica de los síndromes geriátricos, junto con los de prevención de la iatrogenia y del deterioro funcional, tanto desde la atención primaria como, y muy especialmente, desde la atención especializada.

*Persona mayor con dependencia de carácter transitorio o de carácter permanente.* La dependencia se ha instaurado y las principales medidas deben centrarse en evitar su progresión, basándose sobre todo en la prevención terciaria de la enfermedad, y, sobre todo, en el tratamiento del síndrome geriátrico, y en la prevención de la iatrogenia y del deterioro funcional.

*Persona mayor al final de la vida.* El anciano en esta situación suele presentar una alta dependencia, además de una enfer-

**TABLA  
1**

	Sano o enfermedad crónica	En riesgo y frágil	Dependiente <sup>a</sup>	Final de la vida <sup>b</sup>
<b>Prevención de la enfermedad</b>				
Promoción de la salud y prevención primaria	Sí	Sí	Sí <sup>a</sup>	
Actividad física	Sí	Sí	Sí adaptada	–
Nutrición	Sí	Sí	Sí adaptada	Según necesidades
Prevención de accidentes	Sí	Sí	Sí	Sí
Tabaquismo	Sí	Sí	Sí	–
Consumo de alcohol	Sí	Sí	Sí	Considerar <sup>a</sup>
Vacunación frente a la gripe, neumococo, tétanos	Sí	Sí	Sí	Considerar <sup>a</sup>
Presión arterial	Sí	Sí	Sí	–
Colesterol	Sí	Sí factores de riesgo	No	–
Prevención secundaria y terciaria	Sí	Sí	Sí <sup>a</sup>	
Obesidad	Sí	Sí	Sí	–
Determinación de glucemia (diabetes tipo 2)	Sí	Sí	Sí	–
Cáncer de cérvix, mama, endometrio, próstata, colon	Sí	Considerar <sup>a</sup>	No	–
Osteoporosis	Sí	Sí	Sí	–
Ansiedad y depresión	Sí	Sí	Sí	Sí
Antiagregación-anticoagulación (ictus y otros episodios cardiovasculares)	Sí	Sí	Sí	Considerar <sup>a</sup>
Síndromes geriátricos		Sí	Sí <sup>a</sup>	Sí <sup>b</sup>
Valoración geriátrica integral o global		Sí	Sí	Según necesidades
Caídas		Sí	Sí	Según necesidades
Trastornos de la marcha y del equilibrio		Sí	Sí	Según necesidades
Deterioro cognitivo, demencia		Sí	Sí	Según necesidades
Alteraciones visuales		Sí	Sí	Considerar
Hipoacusia		Sí	Sí	Considerar
Incontinencia urinaria		Sí	Sí	Según necesidades
Malnutrición		Sí	Sí	Considerar
Polimedicación		Sí	Sí	Según necesidades
Maltrato		Sí	Sí	Sí
<b>Prevención del deterioro funcional</b>				
Desde atención primaria:				
Aplicación de la VGI		Sí	Sí	Según necesidades
Seleccionar y valorar adecuadamente la funcionalidad de los ancianos en riesgo		Sí	–	–
Correcto abordaje de los síndromes geriátricos, cuadros clínicos específicos y mediación		Sí	Sí	Según necesidades
Favorecer la implicación multidisciplinaria de los profesionales sanitarios		Sí	Sí	Sí
Desde atención especializada:				
Aplicación de la VGI, con correcto abordaje de los principales problemas específicos de este grupo		Sí	Sí	Según necesidades
Equipo asistencial interdisciplinario y multidisciplinario con formación especializada		Sí	Sí	Si existe enfermedad no oncológica
Continuidad de asistencia una vez superada la fase aguda (UME, hospital de día, atención domiciliaria)		Sí	Sí	Atención domiciliaria, ULE y centros residenciales
<b>Evitar la iatrogenia</b>				
Iatrogenia y prescripción farmacológica	Sí	Sí	Sí	Sí
Iatrogenia y utilización inadecuada de medios diagnósticos y de tratamiento	Sí	Sí	Sí	Sí
Iatrogenia y asistencia sanitaria	Sí	Sí	Sí	Sí

ULE: unidades de larga estancia; UME: unidades de media estancia; VGI: valoración geriátrica integral.

<sup>a</sup>Adaptado al grado de dependencia.

<sup>b</sup>Siempre adaptado a la situación del pronóstico vital, necesidades del paciente, haciendo especial hincapié en la valoración, prevención y control sintomático, evitando la fragmentación de la asistencia sanitaria.

medad crónica avanzada y/o terminal. El pronóstico vital es extremadamente difícil de establecer, pero quizá, en general, va a ser menor de 6 meses. La parcelación y fragmentación de la asistencia sanitaria es un factor predictor negativo. Los objetivos son comunes a los anteriores en cuanto a buscar la comodidad y el bienestar, pero no tanto en cuanto a prevención de la dependencia *per se*. Por esta razón, los esfuerzos preventivos siempre deben individualizarse en cada paciente teniendo en cuenta su situación clínica y su pronóstico vital:

1. Alimentación a demanda de sus necesidades, vacunación antigripal y neumocócica (dependiendo del pronóstico vital).
2. Prevención, detección y tratamiento continuado de los síndromes geriátricos y de los síntomas, en especial siempre que se produzcan cambios, como empeoramiento y/o causa de molestias: detección de deterioro cognitivo-*delirium*, depresión, ansiedad e insomnio, incontinencia, estreñimiento, dolor; revisión periódica de la medicación; situaciones de maltrato y abuso; atención a la salud del cuidador, especialmente a la sobrecarga del cuidador principal; valoración del afrontamiento de la situación de enfermedad y dependencia y pronóstico, y directrices avanzadas.
3. Atención sanitaria y social de acuerdo con sus necesidades, evitando la parcelación y la fragmentación de la atención. La atención al final de la vida no debe excluir a ningún profesional.
4. Atención y asesoramiento a la familia y en el entorno comunitario.

### Propuestas de futuras líneas de actuación y de investigación

En este punto destacan como principales propuestas de líneas de actuación y de investigación las siguientes:

– Partiendo de este documento, es conveniente realizar un trabajo para establecer las recomendaciones en las diferentes actividades de prevención y de promoción de la salud que se mencionan, apoyadas en una revisión con metodología explícita, teniendo en cuenta la evidencia de efectividad de la medida propuesta y que sea realizable en el entorno de práctica clínica en el sistema de salud español. Necesita implicar a profesionales con apoyo, formación y recursos suficientes para llevarlo a cabo. Es necesaria la realización de una búsqueda sistemática exhaustiva, evaluar la evidencia siguiendo instrumentos estandarizados y formular las recomendaciones basadas en alguno de los sistemas existentes (GRADE es el propuesto por el grupo PAPPS; otros son SIGN o NICE, entre otros). Posteriormente, un grupo de revisores externos del entorno sanitario, con experiencia en áreas específicas, examinaría las recomendaciones. En dicho proyecto sería indispensable la participación de todas las sociedades científicas.

– Promover la investigación en nuestro medio que aporte información necesaria en aspectos de prevención de la dependencia (fragilidad, efectividad de diferentes estrategias e intervenciones, efectividad de la VGG en atención primaria, etc.).

– Realización de recomendaciones específicas encaminadas a la reducción de la dependencia, en especial secundaria y terciaria, en los centros residenciales que atienden a personas de edad avanzada. El enfoque del documento se centra en la prevención de la aparición de dependencia tanto desde el punto de vista comunitario como desde el hospitalario, por ser los objetivos diana para realizar actuaciones preferentes que reduzcan la incidencia de una dependencia prevenible. Aunque este enfoque posee la ventaja de abarcar a toda la población anciana, somos conscientes de que pueden existir grupos concretos que requieren intervenciones específicas. En este sentido, la población anciana que vive en un entorno residencial (alrededor del 3% del total de mayores de 65 años) puede requerir estrategias específicas de prevención complementarias a las descritas para el resto de la población. Aunque algunas de ellas se han reflejado en el documento (vacunaciones), otras, encaminadas fundamentalmente a la preservación de la autonomía y la prevención terciaria, deberían desarrollarse con detalle en un futuro documento. Igual consideración merecen la dependencia grave y la situación del final de vida.

– La elaboración de instrumentos de valoración validados en nuestro entorno que mejoren la sensibilidad y la especificidad de los actualmente utilizados en la detección de población en riesgo de desarrollar deterioro funcional y dependencia es otra cuestión que el presente documento deja abierta.

– Consensuar los términos básicos de los cuales se parte para realizar las recomendaciones de prevención. Actualmente no existe un consenso básico en su definición (de fragilidad, polifarmacia, tipología de personas mayores, etc.). Una lógica continuación de este documento es avanzar para trabajar sobre estos y otros aspectos, como qué debe incluir una valoración geriátrica.

– Interés y esfuerzo por el seguimiento de las principales recomendaciones realizadas en este documento por parte de las administraciones públicas sanitarias (Ministerio de Sanidad y comunidades autónomas que han participado) como respuesta sanitaria al artículo 21 de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. 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 aquélla es reversible, por lo que las intervenciones específicas y especializadas que tengan como objetivo la actuación preventiva, precoz y rehabilitadora deben ocupar un lugar preferente.