

Retos, oportunidades y función de la asistencia sanitaria especializada en personas mayores

Documento de recomendaciones para la Conferencia Ministerial sobre Envejecimiento UNECE (Berlín, 2002) «Integración de los mayores, cambios en el ciclo vital y solidaridad intergeneracional»

O'Neill, D.*; Williams, B.** y Hastie, I.***, en representación de la Sociedad de Medicina Geriátrica de la Unión Europea (EUGMS) y División de Medicina Geriátrica de la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS)

*Miembro del Consejo de la EUGMS y de la Sección de Medicina y Geriátrica de la UEMS. **Presidente de la EUGMS.

***Presidente de la Sección de Medicina y Geriátrica de la UEMS.

«El estado de salud de las personas en la Unión Europea es mejor que nunca, y esto se debe al progreso espectacular durante la segunda mitad del siglo xx, en cuanto a investigación médica, prestación de servicios sanitarios y condiciones de vida. No obstante, las personas mayores requieren más (y muy distintos) servicios de asistencia sanitaria que los jóvenes. El reto fundamental para los responsables políticos es garantizar que las directrices de asistencia sanitaria futuras proporcionen una respuesta satisfactoria y eficaz ante los cambios derivados de las tendencias demográficas.»

Hacia una sociedad para todas las edades

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento colectivo de nuestras poblaciones es uno de los logros más importantes del siglo xx. Los europeos más mayores hacen, y han hecho, una enorme contribución a nuestra sociedad. La política vigente en la Unión Europea se propone preservar la integración social de las personas mayores; así, optimizar su estado de salud y prevenir la enfermedad son elementos clave para mantener esa integración. La política fundamental sobre envejecimiento en Europa, *Hacia una Europa para todas las edades*, destaca tres temas principales en relación con la salud y las personas mayores: prevención, igualdad de acceso y una calidad adecuada de la asistencia a las personas mayores.

El cumplimiento de estos tres objetivos requiere llegar a una unificación del conocimiento que detecte las oportunidades y los retos del final de la vida, y que pueda incorporar una base de conocimiento gerontológico en una propuesta sistemática que tenga en cuenta las compleji-

dades de la aparición y el control de la enfermedad. La medicina geriátrica se ha desarrollado para dar réplica a estas necesidades especiales, y ha demostrado ser capaz de proporcionar respuestas a estos retos, respuestas no sólo efectivas en términos de calidad de vida, sino también rentables y acertadas en cuanto a la utilización del personal y los recursos disponibles.

Entre los elementos clave de esta propuesta se encuentran:

1. Una filosofía de valoración y asistencia multidisciplinaria e integral.
2. Detectar las sutiles y atípicas formas de presentación de la enfermedad en las personas mayores.
3. Competencia en la detección y tratamiento de múltiples enfermedades.
4. Especial atención a síndromes, como caídas, adaptación, mareos, demencia e incontinencia, que suelen ser ignorados o agravados por la asistencia médica estándar.
5. Formación a través de la continuidad de los cuidados, incluyendo la asistencia en el entorno comunitario, en la medicina geriátrica hospitalaria, en rehabilitación y en cuidados paliativos.

Del mismo modo que la pediatría se desarrolló a finales del siglo xix como consecuencia del fracaso de la medicina general para satisfacer las necesidades de los niños, la geriatría ha surgido como respuesta al fracaso de la medicina general para satisfacer las necesidades de las personas mayores. Estos fracasos varían desde los estudios pioneros sobre la falta de reconocimiento de enfermedades entre las personas mayores¹ hasta la falta de tratamiento (aunque exista un diagnóstico) de la depresión en la última parte de la vida², el aumento de ca-

sos mortales e institucionalizaciones derivados de la asistencia genérica después de una fractura de cadera³ y el fracaso de la atención médica para adaptarse a las complejidades de la asistencia a las personas mayores⁴.

Existen múltiples estudios que demuestran la validez y la eficiencia del enfoque de la geriatría en los hospitales, en la asistencia ambulatoria, la atención comunitaria, la rehabilitación y la atención continuada. Esta orientación hacia la eficacia, así como la idea de añadir vida a los años, puede ser un factor esencial para cumplir el reto de maximizar el beneficio sanitario y social de las personas mayores, confrontando al mismo tiempo las restricciones de financiación de los servicios sanitarios. Por ejemplo, si el modelo de geriatría hospitalaria en casos de emergencia médica de agudos se traduce en menor incapacidad, menor institucionalización y menor duración de la estancia hospitalaria que el modelo tradicional, tanto las personas mayores como el sistema sanitario saldrían ganando con el cambio al modelo de medicina geriátrica.

La Sociedad de Medicina Geriátrica de la Unión Europea, en nombre de los 10.000 especialistas en geriatría de la Unión Europea, se fundó para favorecer la buena práctica en la asistencia sanitaria a las personas mayores. Sus objetivos centrales son:

- Desarrollar la geriatría en los estados miembros de la Unión Europea como una especialidad independiente que trate a todas las personas mayores con enfermedades asociadas a la edad.
- Respalda la disponibilidad de estos servicios para todos los ciudadanos de la Unión Europea.
- Promover la formación y el desarrollo profesional continuo y, concretamente, la celebración de una reunión científica anual.
- Conjuntamente con la División de Medicina Geriátrica de la EUMS, promocionar la geriatría ante la Comisión y el Parlamento europeos.
- Fomentar guías de actuación basadas en la evidencia para la mayor eficacia de estrategias preventivas y de tratamiento de las personas mayores en la Unión Europea.
- Colaborar con otros departamentos europeos que apoyan la especialidad en Europa, como la División de Medicina Geriátrica de la EUMS, la división clínica de la Asociación Internacional de Gerontología (región europea) y la Academia Europea de Medicina y Envejecimiento.

Este informe se ha preparado conjuntamente con la División de Medicina Geriátrica de la Unión Europea de Especialistas Médicos (UEMS, en inglés). El propósito estatutario de esta organización es la armonización y mejora de la calidad de la práctica médica especializada en la Unión Europea.

Presentamos conjuntamente este documento con el espíritu de contribuir positivamente a la respuesta de la

Conferencia Ministerial sobre Envejecimiento ante el Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento que surgió de la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento celebrada en Madrid, en abril de 2002.

Ofrecemos los siguientes ejemplos para ilustrar algunos de los procesos en los que la geriatría ha introducido avances que tienen en cuenta las necesidades de las personas mayores:

EJEMPLO 1: GERIATRÍA HOSPITALARIA

Gran parte de los pacientes atendidos en los grandes hospitales como casos de emergencia son personas mayores. Las necesidades de estas personas son más complejas que las de los jóvenes: sólo uno de cada seis mayores de 75 años presenta una única enfermedad, y el 84% restante presenta múltiples dolencias y/o necesidades de rehabilitación⁵. También tienen más probabilidades de sufrir otras dolencias relacionadas con la hospitalización o la medicación, incluyendo delirio, úlceras por presión y reacciones adversas a medicamentos, cuando no se tratan de forma adecuada. Varios estudios han puesto ya de manifiesto resultados favorables, sin aumentar el gasto, cuando se utiliza el modelo de medicina geriátrica para ofrecer asistencia hospitalaria a estos pacientes⁶⁻⁸.

EJEMPLO 2: ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN LA COMUNIDAD

Existe una clara demostración de la eficacia en la coordinación de la geriatría con la atención primaria, tanto en el aspecto preventivo como en el terapéutico de la asistencia a las personas mayores⁹. Uno de los más destacados ponentes sobre la prestación de asistencia en el ámbito de la comunidad ha subrayado que la asistencia intensiva en atención primaria a las personas mayores con múltiples necesidades se gestiona mejor si se garantiza una sólida colaboración con la medicina geriátrica¹⁰. Esta opinión está avalada por los recientes resultados positivos de la geriatría asociada a la atención domiciliaria¹¹.

EJEMPLO 3: ASISTENCIA EN ICTUS

Cinco de cada seis personas que sufren ictus tienen alrededor de 60 años, y esta devastadora enfermedad se suele complicar a mayor edad con otras afecciones y pérdidas de función. Una asistencia organizada en caso de ataque cerebral supone una forma práctica y realista de salvar vidas, reducir la incapacidad, disminuir la institucionalización y acortar la duración de la estancia hospitalaria. La introducción de la medicina geriátrica en la asistencia a la unidad de ictus ha contribuido a configurar una metodología eficaz para aliviar la carga de esta enfermedad asociada con la edad¹².

EJEMPLO 4: CAÍDAS

Las caídas son una de las causas más frecuentes de atención a personas mayores en urgencias de traumatología. Los geriatras se han situado a la vanguardia en la elaboración de programas eficaces en prevención y tratamiento de caídas. Uno de esos programas de prevención a base de ejercicio demostró una reducción del 10% en las caídas¹³, y una propuesta totalmente nueva sobre caídas eliminó prácticamente los ingresos hospitalarios por esta razón, con lo que se consiguió reducir a menos de la mitad el número de caídas durante el año posterior¹⁴.

EJEMPLO 5: CUADROS CONFUSIONALES

Los delirios, o confusión aguda, son una consecuencia frecuente de la enfermedad en la última parte de la vida. Un importante programa basado en principios fundamentales de la geriatría ha demostrado una reducción en los cuadros confusionales provocados por la hospitalización desde un 15 hasta un 9%, con el consiguiente ahorro de sufrimiento personal y utilización de recursos¹⁵.

EJEMPLO 6: DEMENCIA

Los geriatras no sólo han sido activos en la creación de proyectos de atención y valoración para esta frecuente y destructiva enfermedad asociada a la edad, sino que también han desempeñado un papel decisivo en el desarrollo de una importante investigación preventiva. Una propuesta de este tipo (dirigida por un geriatra francés) ha demostrado que la incidencia anual de la demencia se puede reducir más de la mitad llevando un control de la hipertensión sistólica¹⁶.

EJEMPLO 7: FRACTURA DE CADERA

Las fracturas de cadera se incrementan de manera casi exponencial, con la edad, y suponen una causa muy importante de muerte e institucionalización, especialmente porque se presentan con más frecuencia entre los mayores más frágiles. La geriatría moderna ha desarrollado sistemas de asistencia combinada entre la geriatría y la cirugía ortopédica que avalan la gran promesa de reducir la incapacidad y la institucionalización^{17,18}.

EJEMPLO 8: RESIDENCIAS

Los geriatras han desarrollado los instrumentos para atender a la parte más vulnerable de nuestra población de mayores: los que viven en una residencia. No sólo han puesto de manifiesto estas necesidades de asistencia^{19,20}, sino que muchos geriatras europeos están trabajando en la creación y puesta en marcha de instrumentos

de valoración para mejorar la calidad de la atención en residencias²¹.

EJEMPLO 9: INCONTINENCIA URINARIA

Afecta al 10% de las personas mayores en Europa, pero en muchas de ellas este desagradable síndrome podría evitarse. Uno de los núcleos de competencia de la geriatría es la valoración y el control de la incontinencia urinaria, y existen pruebas claras de la eficacia de este enfoque²².

EJEMPLO 10: MALTRATO A LOS MAYORES

Fue un geriatra²³ quién describió por primera vez en la bibliografía científica el problema de los malos tratos a personas mayores, y hay muchos geriatras implicados en la elaboración de protocolos de valoración y control^{24,25} de un problema que afecta a entre un 3 y un 5% de la población europea de mayores.

EJEMPLO 11: ÉTICA

El envejecimiento de la población lanza retos éticos que pueden ir desde la lucha contra los prejuicios por la edad o la falta de acceso a la asistencia, hasta dilemas tales como decidir la mejor opción para orientar a la gente y a los médicos en la decisión de cuándo una intervención representa asistencia ordinaria o extraordinaria. Los geriatras han estado en primera fila a la hora de desarrollar esta materia tan importante, que requiere una significativa inversión en investigación original²⁶⁻²⁸. Una vez más, es fundamental que aquellos que prestan servicios especializados elaboren orientaciones éticas conjuntamente con las personas mayores.

LA FUNCIÓN DE LA GERIATRÍA EN LA EDUCACIÓN Y EN LA INVESTIGACIÓN

La existencia de un sector especialista sólido y floreciente es requisito previo para garantizar que médicos de todos los ámbitos de los servicios de salud tengan acceso a una formación adecuada, tanto en la etapa de estudiantes como en la de posgraduados, sobre los conocimientos y habilidades requeridos para enfrentarse con sensatez y adecuación a las necesidades de las personas mayores. Resulta fundamental que esta formación se imparta en los lugares de prestación de servicios, y no sólo a base de clases didácticas. Está ampliamente admitido que las actitudes en contra de la edad se revierten entre los estudiantes de medicina que reciben geriatría en su formación de prácticas. Los médicos de cabecera pueden también sacar provecho de esta formación, y en un pequeño número de países europeos se recomienda actualmente que las prácticas en medicina general y en

medicina interna inviertan parte del período formativo en medicina geriátrica.

DESARROLLO DE LA GERIATRÍA: MUCHOS OBJETIVOS REALIZADOS, MUCHOS POR REALIZAR

Algunos países europeos han adoptado ya un enfoque activo en el desarrollo de la medicina geriátrica, con políticas nacionales que estipulan una unidad de geriatría en todos los hospitales, un departamento académico de geriatría en los hospitales universitarios y formación gerontológica para terapeutas y enfermeras especializadas. En algunos casos se han creado diplomaturas en geriatría para satisfacer la demanda de los médicos de cabecera, para quienes las personas mayores representan uno de sus grupos de atención más importantes.

Se han llevado a cabo muchos proyectos, a escala tanto nacional como europea. La UEMS ha acordado para la Unión Europea los estándares mínimos de la formación especializada en geriatría, cubriendo el amplio espectro de conocimientos y experiencia requeridos²⁹. La EUGMS ha desarrollado un programa académico para geriatras europeos con el fin de ampliar la formación de licenciado, mientras que la Sección Clínica de la Asociación Internacional de Gerontología ofrece un foro de debate multidisciplinario. Los geriatras han cooperado con otros gerontólogos en la creación de un Máster de Gerontología en Salud Pública para la Unión Europea³⁰.

No obstante, queda mucho por hacer. La geriatría no está representada en tres países de la Unión Europea, muchas facultades médicas no tienen un departamento académico de geriatría y es probable que la mayor parte de los estudiantes de medicina de la Unión Europea no tengan ningún contacto formal con la geriatría a lo largo de su formación³¹.

RECOMENDACIONES

1. La UE deberá reconocer que la asistencia y el bienestar de las personas mayores en Europa progresará mejor garantizando que la medicina geriátrica se va a promocionar como elemento importante de la asistencia sociosanitaria integral a las personas mayores.

2. Cada hospital general de la Unión Europea deberá incluir una unidad de geriatría con el número adecuado de geriatras y personal auxiliar apropiadamente cualificado.

3. Cada facultad de medicina de Europa deberá poseer un departamento académico de geriatría que aporte liderazgo en la formación e investigación a universitarios y licenciados.

4. La formación en geriatría deberá ser una parte obligatoria del currículo universitario de los estudiantes de

medicina, así como de la mayoría de especialidades médicas de atención primaria y secundaria que entran en contacto con las personas mayores en su práctica diaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Williamson J, Stokoe IH, Gray S, Fisher M, Smith A, McGhee A, et al. Old people at home. Their unreported needs. *Lancet* 1964;1:1117-20.
- MacDonald AJ. Do general practitioners 'miss' depression in elderly patients? *BMJ* 1986;292:1365-7.
- Zuckerman JD. Hip fracture. *N Engl J Med* 1996;334:1519-25.
- Williams TF. Meeting the challenges of hospitalization of older patients. *J Gen Intern Med* 1993;8:712.
- Kafetz K, O'Farrell J, Parry A, Wijesuriya V, McElligott G, Rossiter B, et al. Age-related geriatric medicine: relevance of special skills of geriatric medicine to elderly people admitted to hospital as medical emergencies. *J R Soc Med* 1995;88:629-33.
- Asplund K, Gustafson Y, Jacobsson C, Bucht G, Wahlin A, Peterson J, et al. Geriatric-based versus general wards for older acute medical patients: a randomized comparison of outcomes and use of resources. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:1381-8.
- Landefeld CS, Palmer RM, Kresevic DM, Fortinsky RH, Kowal J. A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. *N Engl J Med* 1995;332:1338-44.
- Salvedt I, Mo ES, Fayers P, Kaasa S, Sletvold O. Reduced mortality in treating acutely sick, frail older patients in a geriatric evaluation and management unit. A prospective randomized trial. *J Am Geriatr Soc* 2002;50:792-8.
- Boult C, Boult L, Morishita L, Smith SL, Kane RL. Outpatient geriatric evaluation and management. *J Am Geriatr Soc* 1998;46:296-302.
- Challis D, Darton R, Hughes J, Stewart K, Weiner K. Intensive care-management at home: an alternative to institutional care? *Age Ageing* 2001;30:409-13.
- Tinetti ME, Baker D, Gallo WT, Nanda A, Charpentier P, O'Leary J. Evaluation of restorative care vs usual care for older adults receiving an acute episode of home care. *JAMA* 2002;287:2098-105.
- Langhorne P, Williams BO, Gilchrist W, Howie K. Do stroke units save lives? *Lancet* 1993;342:395-8.
- Province MA, Hadley EC, Hornbrook MC, Lipsitz LA, Miller JP, Mulrow CD, et al. The effects of exercise on falls in elderly patients. A preplanned meta-analysis of the FICSIT Trials. Frailty and Injuries: cooperative studies of intervention techniques. *JAMA* 1995;273:1341-7.
- Kenny RA, Richardson DA, Steen N, Bexton RS, Shaw FE, Bond J. Carotid sinus syndrome: a modifiable risk factor for nonaccidental falls in older adults (SAFE PACE). *J Am Coll Cardiol* 2001;38:1491-6.
- Inouye SK, Bogardus ST Jr, Charpentier PA, Leo-Summers L, Acampora D, Holford TR, et al. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N Engl J Med* 1999;340:669-76.
- Forette F, Seux ML, Staessen JA, Thijs L, Birkenhager WH, Babarskiene MR, et al. Prevention of dementia in randomised double-blind placebo-controlled Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) trial. *Lancet* 1998;352:1347-51.
- Parker MJ, Pryor GA, Myles J. 11-year results in 2,846 patients of the Peterborough Hip Fracture Project: reduced morbidity, mortality and hospital stay. *Acta Orthop Scand* 2000;71:34-8.
- Kennie DC, Reid J, Richardson IR, Kiamari AA, Kelt C. Effectiveness of geriatric rehabilitative care after fractures of the proximal femur in elderly women: a randomised clinical trial. *BMJ* 1988;297:1083-6.
- Pearson J, Challis L, Bowman CE. Problems of care in a private nursing home. *BMJ* 1990;301:371-2.
- O'Neill D, Gibbon J, Mulpeter K. Responding to care needs in long term care. A position paper by the Irish Society of Physicians in Geriatric Medicine. *Ir Med J* 2001;94:72.
- Carpenter GI, Hirdes JP, Ribbe MW, Ikegami N, Challis D, Steel K, et al. Targeting and quality of nursing home care. A five-nation study. *Aging (Milano)* 1999;11:83-9.
- Tannenbaum C, Bachand G, Dubeau CE, Kuchel GA. Experience of an incontinence clinic for older women: no apparent age limit for potential

- physical and psychological benefits. *J Womens Health Gend Based Med* 2001;10:751-6.
23. Burston GR. Granny-battering [letter]. *BMJ* 1975;3:592.
24. Aravanis SC, Adelman RD, Breckman R, Fulmer TT, Holder E, Lachs M, et al. Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect. *Arch Fam Med* 1993;2:371-88.
25. Vernon MJ, Bennett GC. Elder abuse. *Br J Hosp Med* 1996;56:234-7.
26. O'Neill D. Present, rather than, advance directives. *Lancet* 2001; 358:1921-2.
27. O'Keeffe ST. Autonomy vs welfare? Anatomy of a risky discharge. *Ir Med J* 2001;94:234-6.
28. Bacon M, Stewart K, Bowker L. CPR decision-making by elderly patients. *J Med Ethics* 1998;24:134.
29. Geriatric Medicine Section of the European Union of Medical Specialists. Training in geriatric medicine in the European Union. Brussels: European Union of Medical Specialists, 1999.
30. European Masters in Gerontology. European Masters in Gerontology. Disponible en: <http://sfg.scw.vu.nl/emg/>
31. Ministère du Travail et des Affaires Sociales/Société Française de gérontologie. Role of geriatrics/gerontology in the training and practice of physicians in Europe. Paris: Ministère du Travail et des Affaires Sociales, 1995.