

REVISIÓN

Atención urgente al paciente anciano en atención primaria

Patricia Díez-Cascón González y Antoni Sisó Almirall *

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria Clínic-Maternitat, Centro de Salud Les Corts, Gesclinic, Grupo de Investigación asociado en Atención Primaria IDIBAPS, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 12 de enero de 2009
Aceptado el 19 de febrero de 2009
On-line el 13 de mayo de 2009

Palabras clave:

Atención urgente
Paciente anciano
Atención primaria

RESUMEN

El envejecimiento de la población mundial conlleva un aumento del consumo de los recursos sanitarios convirtiendo al paciente anciano en el principal ocupante de camas hospitalarias, el que genera mayor mortalidad, estancias más prolongadas y mayor número de reingresos. También es el que acude con mayor frecuencia al médico de atención primaria (AP) y el primer y más numeroso consumidor de fármacos. Todo ello supone un aumento en la demanda asistencial en los diferentes servicios de AP (atención domiciliaria, servicios de urgencias en AP [SUAP] y centros de atención continuada [CAC]).

Las enfermedades crónicas que padece un paciente aumentan con la edad, existiendo una asociación significativa entre múltiples enfermedades crónicas y admisiones en urgencias en los pacientes ancianos.

Para ofrecer el servicio necesario, se debe aumentar la autosuficiencia de los centros de AP, aumentar su capacidad resolutoria, así como mejorar la gestión de los recursos humanos de acuerdo con las necesidades de cada momento.

© 2009 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Urgency attend to the older patient in primary health care

ABSTRACT

The world population is making older increasing the sanitary resources consum. It makes the elderly patients are the main occupant of hospitalary beds, who generate more mortality, longer stays and more number of readmissions. Also they are who visit more the primary health care doctor and they are the first and the most numerous drugs consumer. The result rise the medical assintance demand in the different primary health care services.

The chronic diseases that older patients suffer multiply in keeping with the age, existing one significative association between many chronic diseases and the urgences admisiones in the older patients.

To offer the necessary service, we must improve the primary health care centers autosufficiency, the resolutive capacity and the human resources management in agreement with the needs of each moment.

© 2009 SEGG. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Urgency attend
Older patient
Primary health care

Demografía de la población anciana

En las últimas décadas, la población de los países desarrollados está experimentando una transición demográfica de poblaciones jóvenes a poblaciones envejecidas. Se espera que en Canadá, en el año 2026, la población mayor de 65 años sea el doble de la actual¹. En España, esta transición se debe al descenso de la natalidad y al aumento en la esperanza de vida. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), España tenía el 1 de enero de 2006 una población de 44.708.964 habitantes; según el avance del padrón del INE, para el 1 de enero de 2007 la población alcanzaría los 45.116.894 habitantes (fig. 1). El 15,3% de la población española en el año 2006 tenía menos de 16 años, el 69,0% tenía entre 16 y 65

años, mientras que el 15,7% de la población tenía más de 65 años. Las previsiones para el año 2010 son de unas 6.200.000 personas por encima de 65 años y de algo más de 1.600.000 por encima de los 80 años sin que se vayan a modificar sustancialmente las cifras de la población total².

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2005 la esperanza de vida en España estaba situada en los 80,3 años: 76,9 los hombres y 83,6 las mujeres, y en la actualidad se sigue manteniendo como una de las esperanzas de vida más longevas de todo el mundo. Por comunidades autónomas, Castilla y León (22,60%), Asturias (21,96%), Galicia (21,48%) y Aragón (20,47%) son las que presentaban un mayor porcentaje de población mayor de 65 años. Por el contrario, las comunidades donde esta franja de edad tenía un menor peso eran Ceuta y Melilla, las Islas Canarias (12,35%), Murcia (13,80%), Baleares (13,84%), Madrid (14,48%) y Andalucía (14,70%). Esta distribución geográfica de la población mayor de 65 años responde al hecho de

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: asiso@clinic.ub.es (A. Sisó Almirall).

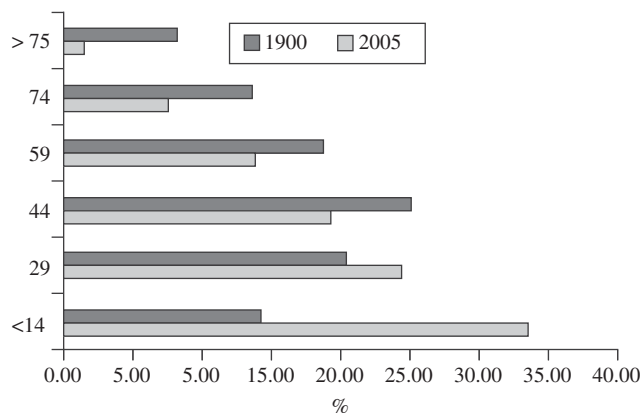


Figura 1. Variación de la edad de la población.

Tabla 1
Objetivos de la atención primaria en la atención a las personas ancianas

<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de la incapacidad y recuperación de la función perdida • Promoción de un envejecimiento saludable • Asistencia a la patología aguda/crónica, disminuyendo la cronicación y/o reagudización • Detección temprana de situaciones de riesgo biopsicosocial • Evitación de la iatrogenia mediante el uso racional de fármacos y test diagnósticos • Promoción y cuidados para una muerte digna • Prestación de los cuidados paliativos

que el envejecimiento no sigue una homogeneidad territorial y es menor en las ciudades y zonas costeras que en las zonas rurales e interiores, fruto de la emigración de la población joven³.

Aproximadamente un 20% de la población por encima de 65 años vive sola y cerca del 3% lo hace en residencias de ancianos. El paciente anciano es el principal ocupante de camas hospitalarias, el que genera mayor mortalidad, estancias más prolongadas y mayor número de reingresos. También es el que acude con mayor frecuencia al médico de atención primaria (AP) y el primer y más numeroso consumidor de fármacos.

La AP en la atención a las personas mayores es, dentro de la organización sanitaria, el nivel responsable de aportar un cuidado que favorezca una vida de bienestar y que acontezca, de ser posible, una muerte digna en el domicilio. Estos objetivos se traducen en actividades de promoción de la salud y de prevención del deterioro funcional, en el control de las enfermedades crónicas, en la detección precoz de la incapacidad para favorecer la recuperación temprana de la función, la instauración de intervenciones y de programas de salud, y en el ejercicio de los cuidados paliativos (tabla 1).

Actividades preventivas en la población anciana: prevenir urgencias

Desde la AP se desarrollan actividades de prevención y promoción de la salud de orientación específica al paciente anciano. Estas actividades e intervenciones son de especial importancia, porque de su correcto seguimiento puede disminuir el número de situaciones y consultas urgentes de este colectivo poblacional.

Recientemente, en el año 2007, han sido publicadas las recomendaciones del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) para el colectivo de pacientes ancianos, éstas se resumen en la tabla 2⁴.

Motivos de consulta urgentes

En función de la edad, podemos describir 3 subgrupos de personas mayores, cada uno de los cuales puede presentar distintos problemas de salud: los ancianos jóvenes, entre los 70 y los 75 años; los ancianos, entre los 75 y los 85 años, y los ancianos frágiles, mayores de 85 años (o según la OMS, a los 80 años). Los motivos de consulta urgentes en AP se suceden en el propio centro de salud, en los centros de atención continuada (CAC), o bien como demanda de atención domiciliaria. La distribución en el grado de utilización de dispositivos sanitarios durante un año es del 67% en los centros de salud, del 43% en los CAC, del 30% en las urgencias hospitalarias y de un 6% en la atención domiciliaria aguda⁵. En la tabla 3 se muestran los principales motivos de consulta de la población anciana en AP, así como los principales síndromes geriátricos generadores, directa o indirectamente, de atención urgente en algún momento. Las enfermedades crónicas que padece un paciente aumentan con la edad y existe una asociación significativa entre las múltiples enfermedades crónicas (igual o mayor a 3) y las admisiones en urgencias en los pacientes ancianos. De éstas, la hipertensión y un infarto de miocardio previo son pronósticos importantes⁶. En EE. UU., en un estudio llevado a cabo en Washington, los diagnósticos más frecuentes detectados en los servicios de urgencias hospitalarias en pacientes ancianos fueron el dolor torácico (4,2% de las visitas), la insuficiencia cardíaca congestiva (2,87%), el dolor abdominal (2,7%), la neumonía (2,3%), el síncope (2,3%) y el distrés respiratorio (1,7%) (104). Por el contrario, en la AP de nuestro entorno, los principales diagnósticos son las enfermedades respiratorias (19%), seguidas de los trastornos del aparato locomotor (11%) y las enfermedades digestivas (8%).

Desde un punto de vista clínico, destacamos como motivos de consulta urgentes más frecuentes en AP los siguientes.

Dolor agudo o reagudización aguda del dolor crónico

Se trata probablemente del síntoma más frecuente, que puede estar presente en más del 50% de los ancianos. Su origen suele ser el dolor crónico de origen osteomuscular o articular. Debe valorarse de forma específica la localización, la intensidad, el origen y las consecuencias del dolor. Además, la presencia de dolor repercute en el estado de ánimo, en el ritmo del sueño, en las relaciones sociales del anciano (aislamiento) y en la movilidad. Todo ello contribuye en gran medida a la pérdida de autonomía funcional.

Fiebre

El diagnóstico diferencial de los cuadros febriles en las personas ancianas es similar al utilizado en las personas más jóvenes, pero con el rasgo diferencial de que la fiebre no siempre se encuentra presente en el inicio del cuadro infeccioso. A menudo, una infección respiratoria o una infección urinaria se presenta como un delirium o como un cuadro confusional agudo.

Disminución del nivel de consciencia

Suele ser un motivo de consulta frecuente en atención domiciliaria que requiere en primer lugar de una estratificación del nivel de consciencia (confusión/estupor/coma). Puede utilizarse para ello la escala de Glasgow, que valora tres parámetros fundamentales: la abertura de los ojos, la respuesta verbal y la respuesta motora. El diagnóstico diferencial ante un paciente

Tabla 2

Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud para pacientes ancianos en atención primaria

A) Prescripción farmacológica

- A.1. Polifarmacia: la formación de los médicos por contactos grupales o individuales con expertos, el uso de hojas con perfiles de prescripción para pacientes y las técnicas basadas en la educación de los pacientes han mostrado utilidad en la reducción de la polifarmacia.
- A.2. Medicación inadecuada: se aconseja utilizar sistemas informáticos de detección con alternativas terapéuticas y la formación del personal médico en ancianos institucionalizados.
- A.3. Interacciones: son de utilidad los sistemas informáticos de detección, aunque con una menor eficacia en ancianos con polifarmacia.
- A.4. Adherencia terapéutica: simplificar pautas y reducir número de dosis, el uso de monitores electrónicos (difícil generalizar su uso en población general), el consejo médico y farmacéutico, los recordatorios telefónicos e intervenciones multidisciplinares y mejorar la comunicación médico-paciente aumentan la adherencia.
- A.5. Reacciones adversas: se aconseja realizar una prescripción individualizada y utilizar sistemas informáticos de detección.

B) Prevención de caídas

- B.1. Protectores de cadera: no se aconseja su uso para evitar fracturas de cadera y caídas en ancianos que viven en la comunidad.
- B.2. Vitamina D: puede tener un efecto favorable, aunque es preciso administrar dosis elevadas (de 700 a 800 U/día) e individualizar el tratamiento.
- B.3. Ejercicio físico: se aconseja realizar un programa de fortalecimiento muscular y reentrenamiento del equilibrio supervisado individualmente en el hogar por un profesional de la salud especializado, preferentemente en el contexto de intervenciones multifactoriales y multidisciplinarias.
- B.4. Tai-Chi: se aconseja la realización de ejercicios con una duración mínima de 15 semanas.
- B.5. Visión: la corrección quirúrgica de las cataratas en las mujeres mayores de 70 años ha demostrado efecto en la reducción de las caídas. Las correcciones de los trastornos visuales es de eficacia incierta, aunque se aconseja dentro de intervenciones multidisciplinarias/multifactoriales.
- B.6. Riesgos del hogar: la modificación de los obstáculos en el domicilio es efectiva, debiendo ser realizada por profesionales sanitarios entrenados, especialmente dentro de intervenciones multidisciplinarias/multifactoriales.
- B.7. Fármacos: se aconseja retirar la medicación psicotrópica que no sea imprescindible y cuando no sea posible reducir su posología, sobre todo, en intervenciones multidisciplinarias/multifactoriales.
- B.8. Visitas domiciliarias: se aconseja realizarlas dentro de programas multidisciplinarios/multifactoriales y no como intervención aislada.
- B.9. Intervenciones multidisciplinarias/multifactoriales: se aconseja realizar intervenciones que evalúen el riesgo de caídas, seguidas de actuaciones sobre factores de riesgo. Estas intervenciones deberían de priorizarse en ancianos de alto riesgo o que han experimentado ya caídas, pudiéndose abordar mediante un enfoque basado en la comunidad.

C) Aplicación VGG

No se dispone de suficiente evidencia para recomendar la aplicación sistemática de la VGG a la población general de personas mayores de este medio. Su aplicación y contenido deben ser individualizados, priorizando a los ancianos de riesgo con afectación funcional modificable, o sin ella, pero con factores predictivos de deterioro o situaciones clínicas específicas (por ejemplo: hospitalización reciente o asistencia en urgencias, caídas, polifarmacia). La VGG debe ser realizada con suficiente intensidad, seguimiento y medidas de cumplimiento. Los profesionales de atención primaria que las realicen deben ser adiestrados en su utilización y trabajar de manera multidisciplinaria o contar con apoyo profesional adecuado.

D) Demencias

No hay suficiente evidencia para recomendar la realización sistemática de pruebas de cribado de demencia en la población asintomática. Se recomienda estar alerta ante síntomas de alarma de demencias como pérdida de memoria, deterioro funcional o trastornos del comportamiento, referidos por la familia o por el propio paciente. Ante sospecha o evidencia de deterioro cognitivo se recomienda una evaluación clínica detallada que incluya entrevista clínica estructurada y test neuropsicológicos y un seguimiento posterior individualizado para evaluar su progresión. Se recomienda mantenerse social, mental y físicamente activo como método para intentar prevenir o retrasar el desarrollo de demencia, fomentando el ejercicio físico, los hábitos alimenticios basados en la dieta mediterránea y controlando adecuadamente los factores de riesgo cardiovascular.

E) Incontinencia urinaria

Se aconseja interrogar sistemáticamente sobre su existencia, identificar el tipo, factores de riesgo y causas reversibles y realizar un estudio básico. En incontinencias de esfuerzo o mixtas, sesiones estructuradas de entrenamiento para el refuerzo de los músculos del suelo pélvico en mujeres mayores activas.

F) Malnutrición

Son de utilidad el consejo dietético personalizado (en el anciano sano y con vida activa las recomendaciones son las mismas que en el adulto joven), medida del peso, talla e índice de masa corporal y vigilancia periódica del peso. Valorar el riesgo de desnutrición teniendo presentes los riesgos que pueden desencadenarla. Uso del Mini Nutritional Assessment (MNA) como herramienta de valoración. Indicación de suplementos energéticos en caso de malnutrición manifiesta.

G) Alteraciones de la visión

Se recomienda un examen completo de la vista realizado por un oftalmólogo o por profesionales capacitados. En los diabéticos y en los que presenten un presión intraocular elevada o antecedentes familiares de glaucoma con una periodicidad anual.

H) Hipoacusia Se recomienda para la detección de la hipoacusia la realización de preguntas sobre la dificultad en la audición y, si se precisara, aconsejar el uso de audífonos.

VGG: valoración geriátrica global.

anciano con disminución del nivel de consciencia debe establecerse con el accidente cerebrovascular, la epilepsia, la acidosis metabólica diabética, la hipoglicemia, un proceso infeccioso grave, determinados fármacos o un traumatismo craneoencefálico.

Acúfenos

Generalmente se presentan de forma inespecífica. Cuando aparecen de forma unilateral, de forma brusca y se detecta alguna focalidad neurológica asociada debe valorarse la posible presencia de un neurinoma del acústico, mientras que cuando coexisten con pérdida de agudeza auditiva y vértigo debe descartarse la presencia de la enfermedad de Menière.

Mareos e inestabilidad

El diagnóstico diferencial es muy amplio y su orientación dependerá de la sintomatología asociada:

Si se asocian a una clara inestabilidad de la marcha, la orientación diagnóstica se deberá enfocar en torno a una patología neurológica.

Si se asocian a una pérdida de conocimiento, deberá iniciarse el estudio en torno a un cuadro sincopal de etiología cardiogénica.

Si se asocia a sintomatología vertiginosa evidente, se orientará hacia una enfermedad de Menière, un vértigo posicional benigno o bien patología neurológica (en caso de focalidad aparente).

Si se trata de un mareo —mal definido—, se debe orientar el diagnóstico hacia una patología de la esfera psicosomática.

Tabla 3

Motivos de consulta y síndromes geriátricos de las personas mayores en atención primaria

Motivos de consulta

- Edemas en miembros inferiores
- Pérdida de apetito
- Estreñimiento
- Acúfenos
- Mareos o inestabilidad
- Olvidos y pérdidas de memoria
- Prurito
- Insomnio
- Depresión
- Temblor
- Fiebre
- Dolor agudo y crónico
- Desorientación

Síndromes geriátricos

- Trastornos de la visión
- Trastornos de la audición
- Atención a las caídas
- Incontinencia urinaria
- Maltrato
- Malnutrición
- Inmovilidad
- Úlceras por presión
- Deterioro cognitivo

Ante posibles dudas diagnósticas, una actitud expectante que permita el seguimiento longitudinal del paciente permitirá un diagnóstico de certeza.

Pérdidas de memoria

Ante olvidos repetitivos o pérdidas de memoria, deberemos establecer el diagnóstico diferencial de la patología más frecuentemente relacionada: una demencia o un cuadro depresivo. Sea cual sea el diagnóstico, es importante que la actitud del profesional hacia el paciente anciano y sus familiares sea tranquilizadora.

Merece la pena comentar en este apartado la importancia de la autopercepción de salud por parte del paciente anciano, más allá del propio motivo de consulta. La autopercepción de salud es un potente pronóstico de declive funcional y de mortalidad, y algunos autores creen que puede ser un instrumento para la valoración individual de riesgo alto, para lo cual es necesario el diseño de test diagnósticos que permitan estratificar ese riesgo⁷.

Urgencias en atención primaria sobre población anciana: análisis de nuestro entorno

En nuestro Sistema Nacional de Salud, el centro de AP (CAP), o centro de salud, indistintamente, es el lugar desde donde se desarrollan las actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, a nivel individual y poblacional, de forma coordinada, integrada y continuada. Tanto los servicios de urgencias hospitalarios como los servicios de urgencias extrahospitalarios (en sus distintos dispositivos) se ven sometidos constantemente a una importante presión asistencial. La demanda de soluciones inmediatas a los problemas de salud, la intolerancia a la enfermedad, la medicalización de síntomas o la prescripción de tecnología (*medicina defensiva*) han sido, entre otros factores, variables que han contribuido decisivamente a la aparición de la hiperfrecuentación. La hiperfrecuentación se ha convertido hoy en día en un problema de primera magnitud que llega al punto de

Tabla 4

Actividad en atención primaria en el Sistema Nacional de Salud

	1994	2003
Consultas a médico de familia y pediatría (millones)	212,8	309,6
% consultas a médico de familia	89,3	86,8
Consultas por habitante y año	5,4	7,4

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Servicios Regionales de Salud y Encuesta Nacional de Salud.

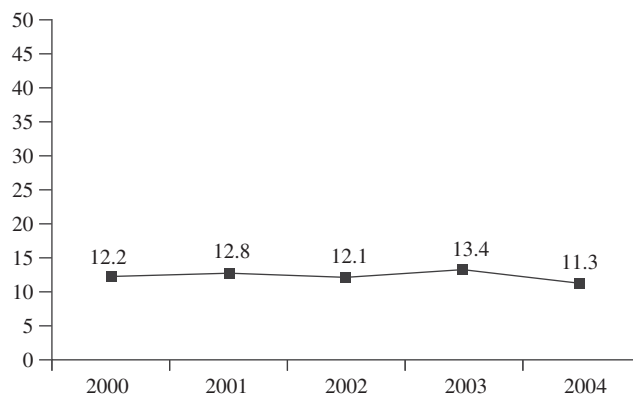


Figura 2. Evolución de las tasas de cobertura de atención domiciliaria por cada 100 habitantes mayores de 74 años adscritos a centros de salud catalanes. Datos obtenidos del Consorcio Sanitario de Barcelona: disponible en: URL: <http://www.csbcn.org>.

comprometer la sostenibilidad del sistema sanitario, y el número de visitas al médico de familia de los centros de salud no ha hecho más que aumentar en los últimos años (tabla 4). El 85% de los pacientes que acude a los servicios de urgencias lo hace por su propia iniciativa. Solamente el 15% lo hace por medio de una valoración previa en AP. Por lo tanto, iniciativas, ya probadas, de «educar» a la población sobre un uso eficiente de las urgencias pueden ser en vano. Cualquier iniciativa en el ámbito de la coordinación entre servicios de urgencias hospitalarios y servicios de urgencias de AP (a domicilio, en los propios CAP, o en los CAC), que permita una atención con continuidad o longitudinal al paciente, siempre será bienvenida, empezando, por ejemplo, con la priorización de los casos remitidos o valorados previamente por un médico de AP.

Atención domiciliaria

El domicilio es el primer lugar donde puede surgir un problema de salud urgente en un paciente anciano. Los pacientes ancianos incluidos en los programas de atención domiciliaria son aquellos que no pueden desplazarse a su centro de salud por presentar limitaciones físicas que impiden dicho desplazamiento. En la actualidad, la tasa de cobertura de pacientes mayores de 74 años se encuentra en determinadas comunidades entre el 11 y el 13% (fig. 2); sin embargo, en comunidades como Cataluña, el número de visitas urgentes a domicilio ha descendido (fig. 3). Las intervenciones por realizar sobre dichos pacientes son esencialmente las incluidas en la valoración global geriátrica, y dicha asistencia debe realizarse de forma programada y periódica, en función de la condición de salud del paciente. Médico de familia y enfermera son los profesionales más preparados para desarrollar los programas de atención domiciliaria.

Existen pocos estudios de efectividad de los programas de atención domiciliaria. Algunos autores defienden que los actuales

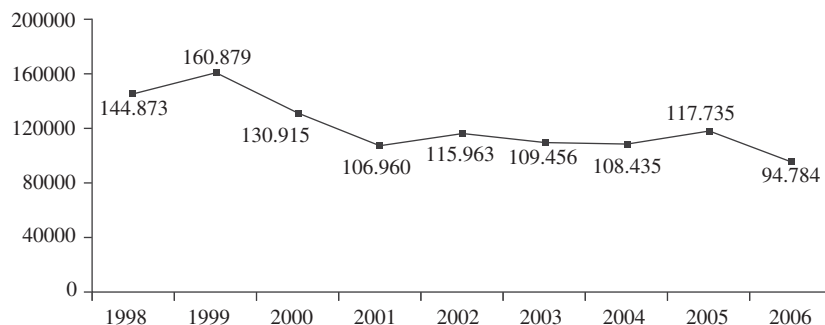


Figura 3. Atención aguda urgente domiciliaria. Datos procedentes del Consorcio Sanitario de Barcelona.

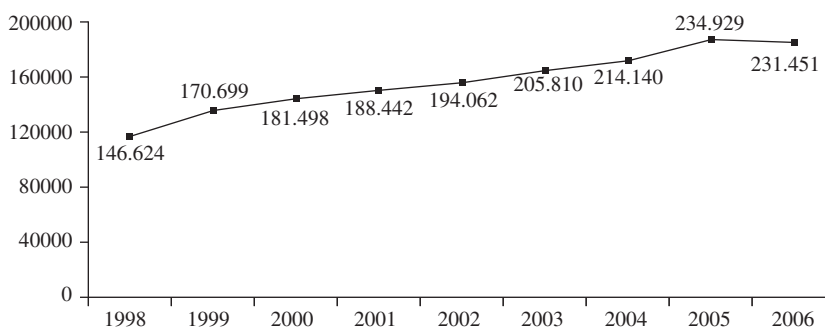


Figura 4. Evolución en el número de visitas realizadas en centros de atención continuada durante los últimos 9 años en la ciudad de Barcelona. Datos procedentes del Consorcio Sanitario de Barcelona.

programas de atención domiciliaria de los centros de salud atienden necesidades de los pacientes que no pueden desplazarse, pero no previenen las hospitalizaciones, observándose que tienen más riesgo de hospitalización los pacientes de sexo masculino, los de elevada comorbilidad, los que presentan úlceras por presión, una mala autopercepción de su salud física y los que han acudido a urgencias con anterioridad⁸.

Otro reciente estudio del mismo grupo realizado sobre más de 1.000 pacientes mayores de 64 años en 71 centros de salud catalanes analizó las cargas de trabajo de enfermería en este subgrupo de pacientes incluidos en programas de atención domiciliaria. El estudio determinó que precisaban más visitas de enfermería los pacientes con úlceras por presión de grado 3 o 4 (RR = 5,74; IC 95%: 3,53-9,33), aquellos que disponen de cobertura sanitaria privada adicional (RR = 1,41; IC 95%: 1,00-1,97) y aquéllos con una mala autopercepción de su propia salud física (RR = 0,98; IC 95%: 0,97-1,00)⁹. Otra variable que ha sido sujeta a análisis es la soledad, si bien algunos estudios concluyen con tesis opuestas: unos afirman que aquellos pacientes que viven solos consumen más recursos sanitarios que aquellos que viven en pareja o con algún cuidador; otros establecen que el tiempo dedicado a la educación del paciente y de su cuidador redundan en un mayor consumo sanitario^{10,11}.

Sea como fuere, la literatura médica internacional está de acuerdo en afirmar que una actuación preventiva a domicilio ha demostrado tener impacto en la reducción de la mortalidad y en la utilización eficiente de los servicios sanitarios¹².

Centros de atención continuada

Como se ha citado anteriormente, en el territorio español cada comunidad autónoma dispone de su propio plan de urgencias extrahospitalarias que contempla la existencia de CAC o de puntos de atención continuada (PAC) y equipos de AP (EAP) con servicios

de urgencias en AP (SUAP) que se complementan mutuamente. La actividad en la atención continuada se ha incrementado notablemente en los últimos años. Así, la denominada demanda asistencial sanitaria urgente (DASU) en Cataluña era en el año 1993 de 1,8 DASU por 1.000 habitantes/día, de las que el 52% fueron atendidas en un CAC y en domicilio. Los motivos de consulta más frecuentes en los CAC son las heridas o traumatismos (17%), las infecciones respiratorias agudas (15%) y los trastornos del aparato locomotor (11%)¹³. El número de visitas en los CAC ha ido en aumento, tal y como se señala en la figura 4, cuyos datos proceden del número de visitas realizadas en la ciudad de Barcelona.

Pese a estos datos, el auténtico reto de la asistencia sanitaria prestada en los CAC es la coordinación eficiente con los centros de salud. La creación de dispositivos de atención urgente y continuada permite descongestionar las urgencias hospitalarias. Sin embargo, tanto la capacidad resolutoria como la eficiencia de dichos dispositivos deben ser potenciadas sobre la base de dos factores fundamentales:

1. El perfil del profesional debe ser polivalente, permitiendo dar respuesta a los principales problemas de salud urgente de la población anciana. Los resultados y el perfil asistencial de los médicos de familia en términos de eficiencia, efectividad y de calidad percibida por el paciente incluso en ámbitos como las urgencias de hospitales de alta resolución ya ha sido demostrado¹⁴. Por dicho motivo, los médicos de familia pueden ser los profesionales mejor entrenados para resolver la gran mayoría de problemas de salud en la población anciana en los CAC.
2. El uso de las tecnologías de la información y de la comunicación deben jugar un papel fundamental: disponer de una historia clínica compartida entre la AP y los CAC es un elemento esencial para asegurar la continuidad asistencial y el éxito de la atención prestada en el CAC.

La continuidad asistencial es para el paciente anciano el elemento fundamental de control clínico. Programas encaminados a garantizar dicha continuidad repercuten en un menor uso de las urgencias hospitalarias^{15,16}. Otra variable pronóstica de un menor consumo de visitas urgentes de pacientes ancianos a hospitales es la presencia en un área geográfica determinada de un mayor número de médicos de familia por cada mil habitantes¹⁶. La relación médico-paciente es otra variable pronóstica: los pacientes con menos de 3 visitas anuales a su médico de familia presentan mayor predisposición a ser visitados en servicios de urgencias hospitalarias^{16,17}.

Algunas propuestas de mejora

A nuestro juicio, cualquier estrategia encaminada a la coordinación entre servicios asistenciales con el objetivo de mejorar la continuidad asistencial será un elemento clave para el buen seguimiento clínico del paciente anciano. Algunas de dichas estrategias, recogidas en el Proyecto AP21¹⁸ aprobado recientemente por el Ministerio de Sanidad y el Consejo Interterritorial de Salud, pasan por ser las siguientes:

- Desarrollo de guías de práctica clínica que aborden la atención al anciano de una manera integral, incluyendo la coordinación con otros niveles asistenciales.
- Desarrollo de protocolos de utilización conjuntos sobre pruebas diagnósticas en AP que permitan una ampliación del acceso a los medios diagnósticos desde ese nivel de atención y así mejorar la capacidad de resolución.
- Proyectos para promover la formación de los profesionales de las unidades administrativas de los centros de salud de forma que se mejoren los servicios de atención e información al usuario, así como la ayuda y formación en el uso de las tecnologías informáticas (citación electrónica, consulta en línea, etc.).
- Elaborar un conjunto de indicadores que permita la evaluación de los progresos producidos por las propuestas anteriores.

Por otro lado, también en el último Plan de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo se ponen a disposición de ciudadanos y de profesionales sanitarios redes de comunicación y sistemas interactivos de información, herramientas y dispositivos específicos para realizar de forma remota procesos de relación entre ambas partes y mejora del proceso asistencial, con una propuesta que desarrolla cuatro proyectos:

- Impulsar la utilización de Internet para facilitar la relación administrativa entre los ciudadanos y el sistema sanitario (sistemas de citación).
- Identificar los proyectos de telemedicina de mayor relevancia y promover su difusión y conocimiento en todo el Sistema Nacional de Salud (SNS). Este apartado es especialmente importante para los ancianos residentes en áreas rurales, con unos índices de satisfacción adecuados¹⁹.
- Promover mecanismos de teleformación para los profesionales sanitarios.
- Elaborar un inventario de buenas prácticas sobre este tema en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

El Ministerio de Sanidad y Consumo se responsabilizará de mantener la capacidad, la disponibilidad y la seguridad de la red del Sistema Nacional de Salud con el fin de garantizar a todos los ciudadanos, y especialmente a los ancianos, una adecuada accesibilidad a los servicios telemáticos²⁰.

Para potenciar la continuidad asistencial en la atención al paciente anciano existen en nuestro país otras iniciativas de mejora encaminadas a impulsar el desarrollo de un protocolo de preparación del alta (PREALT) de hospitales de agudos hacia la AP y los planos operativos territoriales para su implantación. Dicho programa se encuentra vigente y contempla criterios de inclusión que incluyen a pacientes frágiles dados de alta desde los hospitales de agudos y que requieren seguimiento de sus problemas de salud por los EAP²¹.

Es necesario que la AP esté dotada de forma suficiente para aumentar su capacidad resolutoria: determinados procedimientos diagnósticos analíticos y radiológicos deberían estar mucho más presentes en los centros de salud. Asimismo, la dotación en recursos humanos debe planificarse de acuerdo con las necesidades asistenciales reales y epidemiológicas de cada momento, elaborando programas específicos que permitan ofrecer una respuesta adecuada en todo momento en función de las necesidades (planes integrales de atención urgente).

Finalmente, es también necesario el establecimiento de indicadores cuantitativos y cualitativos (de continuidad y coordinación asistencial). Recientemente se han propuesto los siguientes²²:

1. Clara identificación del profesional responsable del paciente.
2. Adecuación del seguimiento de los tratamientos farmacológicos que recibe el paciente (incluyendo control de la posología, efectos adversos, etc.).
3. Mantener la continuidad terapéutica y la información bidireccional entre profesionales cuando el paciente anciano es atendido por más de un médico.
4. Adecuado intercambio de información entre profesionales respecto a los datos concernientes a la historia clínica.
5. Registro de todos los resultados de pruebas complementarias.
6. Control y seguimiento adecuado de las actividades preventivas del paciente.
7. El médico responsable del paciente debe conocer en el período más breve posible si alguno de sus pacientes ha ingresado en un hospital.
8. Seguimiento clínico adecuado tras el alta hospitalaria.
9. Seguimiento del tratamiento tras el alta hospitalaria.
10. Seguimiento de los resultados de pruebas complementarias pendientes tras el alta hospitalaria.
11. Tener en cuenta las barreras idiomáticas entre médico y paciente.
12. Continuidad en el registro médico (historia clínica compartida entre los profesionales que atienden al paciente).

Lógicamente, el necesario establecimiento de éstos u otros indicadores se deberá adaptar a la diversidad cultural, social y profesional de cada territorio.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Canada's seniors: A growing population. Ottawa: Health Canada; 2001 [consultado 15/02/2008]. Disponible en: http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines/pubs/factoids/2001/pdf/1-37_e.pdf
2. Hernández Rodríguez JA. Tendencias demográficas durante el siglo XX en España. Población Futura. Instituto Nacional de Estadística [consultado 08/02/2008]. Disponible en: http://www.ine.es/prodyser/pubweb/tend_demo_s20/futura.pdf.
3. Información y estadísticas de las comunidades autónomas. Ministerio de Sanidad y Consumo [25/05/2008]. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/infEstadisticasCCAA.htm>.

4. Baena JM, Gorroñoigoitia A, Martín I, De Hoyos MC, Luque A, Litago C, et al. Actividades preventivas en mayores. *Aten Prim*. 2007;extr 3:109-22.
5. Líneas de trabajo en asistencia urgente extrahospitalaria. Grupo de trabajo de urgencias extrahospitalarias. Jornada Urgencias y Emergencias en el Área de Barcelona. Corporació Sanitaria de Barcelona. Hospital Clínic; 2004 Jun. Disponible en: <http://146.219.26.6/pub/units/botss/html/ca/dir266/doc7596.html>.
6. Chan DK, Chong R, Basilikas J, Mathie M, Hung WT. Survey of major chronic illness and hospital admissions via the emergency department in a randomized older population in Randwick, Australia. *Emerg Med (Fremantle)*. 2002;14:387-92.
7. Wong DD. Self-rated health in the unwell elderly presenting to the emergency department. *Emergency Medicine Australasia*. 2007;19:196-202.
8. Gené Badia J, Hidalgo Gracia A, Contel Segura J, Borràs Santos A, Ascaso Terrén C, Piñeiro González M, et al. Comorbilidad y visitas a urgencias explican los ingresos hospitalarios de los pacientes incluidos en programas de atención domiciliaria. *Mapfre Medicina*. 2007;18:263-73.
9. Gené Badia J, Hidalgo A, Contel JC, Borràs A, Ascaso C, Piñeiro M. La demanda explica las cargas de enfermería en la atención primaria catalana. *Boletín de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (CAMFiC)*. 2007;25:27-35.
10. Ting L, Mills ME. Analysis of patient profile in predicting home care resource utilization and outcomes. *J Nurs Adm*. 2000;30:67-75.
11. Trisolini MG, Thomas CP, Cashman SB, Payne SMC. Resource utilization in home health care: Results of a prospective study. *Home Health Care Serv Q*. 1994;15:19-41.
12. Stuck A, Egger M, Hammer A, Minder C, Beck J. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: Systematic review and meta-regression analysis. *JAMA*. 2002;287:1022-8.
13. Asistencia urgente: Centros de Atención Primaria - Centros de Atención Continuada. Ponencia del Dr. Pere Subirana i García. 1ª Jornada de Urgencias y Emergencias de la Ciudad de Barcelona. Junio de 2004. Disponible en: http://146.219.26.6/pub/units/botss/pdf/pere_subirana.pdf.
14. Jiménez S, De la Red G, Miró O, Bragulat E, Coll-Vinent B, Senar E, et al. Efectividad de la incorporación de un médico especialista en medicina familiar y comunitaria en un servicio de urgencias hospitalario. *Med Clin*. 2005;125:132-7.
15. McCusker J, Karp I, Cardin S. Determinants of emergency department visits by older adults: A systematic review. *Acad Emerg Med*. 2003;10:1362-70.
16. Ionescu-Iltu R, McCusker J, Ciampi A, Vadeboncoeur AM, Roberge D, Larouche D, et al. Continuity of primary care and emergency department utilization among elderly people. *CMAJ*. 2007;177:1362-8.
17. Rosenblatt RA, Wright GE, Baldwin LM, Chan L, Clitherow P, Chen F, et al. The effect of the doctor-patient relationship on emergency department use among the elderly. *Am J Public Health*. 2000;90:97-102.
18. Ministerio de Sanidad y Consumo. Proyecto AP21. Estrategias para la Atención Primaria del siglo XXI. [consultado 18/03/2008]. Disponible en: www.msc.es/profesionales/proyectosActividades/ProyectoAP21/home.htm.
19. Bringell M, Wootton R, Gray L, et al. The application of telemedicine to geriatric medicine. *Age Ageing*. 2007;36:369-74.
20. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Abril 2007 Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>.
21. Estrategias de Salud para el año 2010. Síntesis del plan de salud de la región sanitaria Barcelona Ciudad 2002-2005. Consorcio Sanitario Barcelona. Agencia de Salud Pública. [consultado 19/03/2008]. Disponible en: http://www.csbcn.org/ps/sintesi_psbcn_0205.pdf.
22. Wenger NS, Young RT. Quality indicators for continuity and coordination of care in vulnerable elderly. *JAGS (American Geriatric Society)*. 2007;55:S285-92.