

Utilidad de la valoración geriátrica en atención primaria

Vicente Albert Cuñat

Médico General y de Familia. Centro de Salud Guadalajara-Periférico.

Actualmente, ya superado el concepto de atención primaria auspiciado por la OMS/UNICEF en 1978 en Alma-Ata, preferimos hablar en términos que hacen referencia a las características básicas de aquélla y que podemos resumir en^{1,2}: *a)* accesibilidad; *b)* longitudinalidad; *c)* integralidad, y *d)* coordinación. Con ello, los médicos generales tenemos un lugar privilegiado en el sistema sanitario, ya que actuamos como punto de entrada al mismo. Por nuestras manos pueden pasar la inmensa mayoría de problemas y además estamos en condiciones de poder resolver un altísimo porcentaje de los mismos. Muchos de ellos van a afectar a las personas mayores, quienes en la sociedad actual suponen un importante segmento de la población, tanto en valores absolutos como relativos. Éste es un colectivo cada vez más numeroso y en aumento, de modo que, actualmente, las personas mayores de 65 años representan el 15% de la población española, pero una proyección al año 2026 lo estima en el 21,2%³. Lógicamente, los médicos de atención primaria visitaremos en nuestras consultas cada vez a un número superior de pacientes ancianos con edades cada vez más avanzadas. El hecho del aumento de la expectativa de vida justifica plenamente cualquier esfuerzo que se dirija a mejorar la calidad de vida en estas fases retrasando o intentando impedir la aparición de enfermedad o incapacidad.

Los médicos de primaria deberemos estar cada vez más familiarizados en el conocimiento de las técnicas e instrumentos útiles en la atención del paciente de edad avanzada.

Como punto de partida es necesario que establezcamos claramente la diferencia conceptual entre paciente anciano y paciente geriátrico, ya que pensamos que ello va a delimitar tanto el marco como el nivel de nuestras actuaciones y competencias asistenciales. Sobre los primeros se deben centrar nuestras actuaciones potenciando las de tipo preventivo y buscando no tanto un descenso de la morbimortalidad como del grado de incapacidad y dependencia, lo que supone una mejora en las expectativas de vida activa, evitar el deterioro de la calidad de vida, evitar la ruptura familiar y mantener al anciano en su entorno mientras ello sea posible⁴. En todo caso, no debemos olvidar que las

posibilidades y el alcance de las medidas preventivas en los ancianos no han sido cuantificadas y evaluadas mediante estudios correctamente diseñados. Por esta razón, de momento, debemos recurrir (con todas las salvedades que hagan al caso) a las recomendaciones de instituciones y comités de expertos. Quizá se puedan recomendar sin reservas⁵: el cribado de hipertensión (esfigmomanometría), la incontinencia urinaria, los antecedentes de caídas y el uso inadecuado de los medicamentos (mediante correcta anamnesis e historia clínica), así como las alteraciones de refracción y presbiacusia (examen de agudeza visual y auditiva), los tapones de cerumen (otoscopia), las disfunciones social y física, y el deterioro cognitivo (mediante el uso de escalas). Se trata, por tanto, de un campo abierto a la investigación.

En aquellas personas con un notable descenso de la reserva funcional, con grave deterioro de los procesos reguladores, con posibilidad de presentaciones atípicas de la enfermedad y síntomas inespecíficos y pluripatología (anciano de riesgo), las competencias pasan al geriatra y el ámbito de actuación será, en la mayoría de los casos, hospitalario. Claramente, la mayoría de los pacientes ancianos no son pacientes geriátricos (vale decir, si se nos permite la expresión, que son *nuestros*).

Así pues, vamos vislumbrando cómo los verdaderos instrumentos en la atención al paciente anciano se configuran básicamente en torno a un acercamiento multidisciplinario a cada problema y a la valoración geriátrica integral⁶.

Cabe entender la valoración geriátrica integral como un proceso diagnóstico multidimensional, interdisciplinario, que se estructura para la identificación y cuantificación de problemas médicos, para la evaluación de capacidades funcionales y psicosociales, para alcanzar un plan de tratamiento y actuaciones globalizadores, tratando de optimizar la utilización de los recursos disponibles y garantizando el seguimiento de cada caso⁷. Su mismo concepto lleva implícita la necesidad de investigar cuatro áreas: clínica, funcional, mental y social.

La utilidad de la valoración geriátrica ha sido bien establecida y permite, entre otras ventajas, mejorar la precisión diagnóstica, reducir la mortalidad de los ancianos, mejorar el estado funcional, conseguir una ubicación más adecuada de las personas mayores, disminuir el grado de institucionalización, reducir el número de episo-

dios de hospitalización aguda y reducir la polifarmacia. Esto, que es una evidencia en el ámbito hospitalario, puede parecernos algo lejano y a veces irreal o poco útil en el nivel primario, donde ya hemos señalado que visitamos mayoritariamente a ancianos sanos y el poder discriminativo de las escalas a veces aparenta ser irrelevante. Incluso podemos perdernos en medio de una plétora de escalas y tests.

En este sentido, nos parece de gran utilidad la excelente revisión que Mercedes Hornillos et al hacen de los instrumentos necesarios para efectuar una valoración geriátrica útil desde la atención primaria y que ofrecemos en este mismo número de la Revista. Quisiéramos remarcar la utilidad de la misma en un doble aspecto, pero en la órbita de un mismo concepto, que es el del anciano frágil: la utilización para la detección y para el seguimiento en el anciano frágil-anciano de riesgo (que podríamos generalizar considerando su uso como cribado y como seguimiento). Claro que, de inmediato, surge la pregunta: ¿qué criterios debemos considerar para identificar a un anciano como frágil? El concepto de fragilidad entendido como descenso de la reserva fisiológica está determinado por la conjunción de otros múltiples factores, como propone Buchner⁸: envejecimiento biológico, procesos agudos y crónicos, abusos (estilos de vida insanos, tipos de com-

portamiento, factores sociales, factores económicos), desusos (inactividad, inmovilidad y encamamiento) o factores nutricionales.

Ésta es otra cuestión abierta totalmente al debate y a la investigación, y en la que deberíamos implicarnos de un modo activo y fundamental los médicos de atención primaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ortún V, Gervas J. Fundamentos y eficiencia de la atención primaria. *Med Clin (Barc)* 1996; 106: 97-102.
2. Gervas J, Ortún V. Caracterización del trabajo asistencial del médico general/de familia. *Aten Primaria* 1995; 16: 501-506.
3. Gorgocena Aoiz MA, Regato Pajares P. Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria de las personas mayores. Madrid: INSALUD, 1996.
4. Klingman EW. Preventive geriatrics: basic principles for primary care physicians. *Geriatrics* 1992; 47: 39-50.
5. González Montalvo JI, Alarcón Alarcón MT, Salgado Alba A. Medicina preventiva en las personas mayores. *Medicine* 1995; 87: 3854-3861.
6. Guillén Llera F, López Dóriga P. Aspectos específicos del diagnóstico en la persona mayor. Valoración geriátrica. Anamnesis y exploración física. Indicaciones de pruebas complementarias. *Medicine* 1995; 87: 3845-3853.
7. Applegate WB, Blass JP, Williams TF. Instruments for the functional assessment of older patients. *N Engl J Med* 1990; 322: 1207-1214.
8. Buchner DM, Wagner EH. Preventing frail health. *Clin Geriatr Med* 1992; 8: 1-17.