

***PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA
EN LAS PERSONAS MAYORES***

***Sociedad Española de Medicina
Geriátrica (SEMEG)***

1. LA PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA: EL RETO DEL SIGLO XXI

En el siglo XXI, el envejecimiento se convertirá en un fenómeno en los países desarrollados. A medida que avance el nuevo siglo, nuestra sociedad deberá poder ofrecer un marco adecuado para personas cada vez más longevas, sin olvidar, al mismo tiempo, que es preciso garantizar la viabilidad social y económica en un mundo en proceso de envejecimiento.

A pesar de que existen teorías contradictorias^{1,2,3}, el aumento de la esperanza de vida podría llevar asociado una mayor prevalencia de las patologías crónicas, degenerativas, y en conjunto de pérdida de autonomía, simplemente por retrasar las consecuencias finales de las enfermedades pero no sus complicaciones.

Es un hecho conocido que la autonomía funcional es fundamental para el autocuidado, la independencia en la comunidad y conservar una interacción social con el entorno satisfactoria, y su pérdida se ha asociado con mayor probabilidad de muerte, institucionalización y utilización de servicios sanitarios^{4,5}. A medida que aumenta la edad también lo hace el riesgo de pérdida de la autonomía lo que conlleva una dependencia de otras personas para realizar las actividades de la vida diaria. Así el 19,6% de las personas mayores de 65 años son dependientes en cuidados personales, teniendo un 5-6% una dependencia moderada y un 3% una dependencia severa, mientras que en la población entre 15 y 65 años la proporción de dependientes es de un 0,4⁶. Si utilizamos otros estudios poblacionales realizados en nuestro país, la cifra de personas de más de 65 años con dependencia severa estaría entorno al 9%^{7,8,9,10}.

Los servicios sanitarios no han sido inmunes a estos cambios demográficos. En la actualidad el paciente tipo tiene más de 65 años, con más de una enfermedad crónica, con un modo diferente de manifestar la enfermedad y en alto riesgo de presentar dependencia.

Las personas mayores de 65 años suponían en el año 2000 en torno al 35 % de las altas hospitalarias y el 49% de las estancias¹¹ en España, pese a significar el 17,1 % de la población. Se conoce que las tasas de ingresos se duplican para la población mayor de 65 años y se triplican en los mayores de 80 años. No obstante, la realidad de los estudios publicados nos dicen repetidamente que los mayores de 65 años ingresan más adecuadamente y con patologías más graves en el hospital que otros grupos de edad^{12,13,14} y que, pese a que su estancia media es un 32% superior, el porcentaje de estancias inadecuadas no se asocia a la edad^{15,16}. Por el contrario, cuando se analiza el motivo de las estancias hospitalarias inadecuadas en ancianos, menos de un 3% parecen debidas a problemas sociales o falta de alternativas a la hospitalización. La mayoría de las estancias

inadecuadas parecen estar en relación con problemas en la programación hospitalaria y con el proceso de cuidados médicos¹⁷.

Por lo tanto un moderno sistema de atención de la salud, debería de reconocer a las personas mayores como sus principales usuarios, a la vez que garantizar la búsqueda activa de enfermedad, reconocer sus distintas y específicas manifestaciones, anticipar y posponer la posible dependencia, y disponer de la tecnología e información científica adecuada para estos fines. Esta reforma, debería realizarse sobre la base de una eficiente reubicación y cualificación de recursos, y ejecutarse mediante una progresiva implantación y que tenga como consecuencia la adaptación del sistema sanitario a las necesidades de la persona mayor.

Si bien parece necesario reforzar los dispositivos asistenciales para las personas gravemente dependientes, no se puede dejar en un segundo término los esfuerzos por evitar o recuperar dicha dependencia. El objetivo prioritario de la atención a la dependencia no han de ser sólo las personas con dependencia ya establecida, sino también aquellas personas en situación de riesgo y con discapacidad reversible, por lo que las intervenciones que tengan como objetivo la actuación precoz, preventiva y rehabilitadora deben de tener un lugar preferente.

En conjunto, en el siglo XX nuestra sociedad occidental ha evolucionado de una era de las enfermedades agudas hacia una era de enfermedades crónicas¹⁸. Por tanto es necesario buscar y desarrollar un modelo que abarque la continuidad de los cuidados personales (que conlleva no sólo una mayor necesidad de servicios curativos, sino también de servicios rehabilitadores, mantenedores de la funcionalidad, y asistenciales en un concepto más amplio: de prevención primaria, secundaria y terciaria).

2. ENVEJECIMIENTO Y FRAGILIDAD

Envejecer es trabajo de toda una vida, de tal forma que existen factores moduladores tempranos del desarrollo orgánico que pueden repercutir en el período último de existencia.

Una de las características básicas de los seres vivos es su disposición para adecuarse a un entorno en constante transformación (adaptación). La característica biológica fundamental del envejecimiento se puede resumir como la pérdida de adaptabilidad de cualquier aparato u órgano a noxas externas e internas, debido a una disminución de la capacidad de reserva y a unos estímulos sensoriales disminuidos¹⁹.

En el campo de la Geriátrica la fragilidad se resume como: la atención sanitaria de una etapa vital caracterizada por una reducción multisistémica de la capacidad fisiológica de un individuo²⁰.

En un futuro modelo de atención a las personas mayores dependientes debemos de partir del reconocimiento de la población de personas mayores frágiles como una de las principales beneficiarias en los programas de atención a la dependencia, dirigiendo así las intervenciones no sólo a la protección de la dependencia, sino a prevenir o retrasar la aparición de ésta.

La fragilidad y las consecuencias que de ella se derivan modifican de un modo radical la aproximación sanitaria a la persona mayor. En la persona mayor la valoración clínica debe de tener en cuenta aspectos diferenciales que conforman las características de la enfermedad en la persona mayor: pluripatología, presentación atípica (frecuentemente en forma de pérdidas de función), alta incidencia de complicaciones secundarias tanto de la enfermedad como del tratamiento empleado, necesidad de rehabilitación para estimular la readaptación, tendencia a la cronicidad e incapacidad e importancia de factores ambientales y sociales en la recuperación.

Esta valoración clásica necesita ser complementada mediante determinados instrumentos y técnicas de diagnósticas específicas para la persona mayor y que se resumen en la llamada **valoración geriátrica integral**, que se operativiza en cada uno de las cinco dominios en que la función se divide: físico, cognitivo, afectivo, social y sensorial²¹. Una valoración geriátrica integral es "el proceso de identificar las personas con problemas médicos, psicosociales, funcionales y sociales con el objetivo de realizar un plan de cuidados y su posterior seguimiento²². Los propósitos de la valoración geriátrica integral son básicamente cuatro: describir, monitorizar, detectar y predecir.

- **Descripción y monitorización.** La descripción, sirve de punto de partida para el conocimiento del estado funcional de un individuo, así como los cambios.
- **Detección.** Una máxima en la atención en la persona mayor es que todo trastorno puede expresarse como pérdida de función, y toda pérdida de función traduce un trastorno subyacente a evaluar.

El curso de la pérdida funcional puede producirse según dos modelos diferenciados: catastrófico y progresivo²³. El primero, tiene su origen en las complicaciones agudas de la enfermedad crónica, su incidencia disminuye con la edad y el control de los tradicionales factores de riesgo es una medida efectiva para posponer su inicio. El segundo, es probablemente la expresión de la vía terminal común de los procesos de envejecimiento, su incidencia aumenta con la edad y las medidas orientadas a retardar la progresión del deterioro funcional son las que muestran una mayor efectividad.

- **Predicción.** Innumerables trabajos identifican al nivel funcional como el principal agente predictor de supervivencia y de calidad de vida. Aunque la edad es un buen predictor de supervivencia y calidad de vida, cuando se ajusta por otras variables, entre ellas la función, cuanto mayor es la edad, mayor es la proporción del riesgo relativo de muerte explicado por causas distintas a la misma, y en consecuencia potencialmente susceptibles de intervención²⁴. Por otro lado, en el ámbito hospitalario su efecto desaparece al ajustarla por función²⁵. Este hecho señala al paciente hospitalario como uno de los grandes beneficiarios de la acción geriátrica.

Por otro lado, la función basal, en la comunidad, pronostica la dependencia a corto²⁶ y a largo plazo²⁷. En el medio hospitalario la situación funcional basal preingreso es el más importante predictor del estado funcional al alta²⁸. Así mismo, en las unidades de rehabilitación, el nivel funcional previo al suceso que produjo la discapacidad, es el mejor marcador de la futura recuperación²⁹.

La realización de una valoración geriátrica integral precisa de un alto grado de formación y cualificación de los profesionales que la realizan. De hecho, es un instrumento que sólo se ha mostrado efectivo cuando los profesionales que intervienen poseen la especialización y experiencia apropiada en la atención sanitaria a las personas mayores, no habiendo evidencias de su efectividad si la actuación es realizada por personal no cualificado ni especializado.

3. PERSONAS MAYORES, ¿TIENEN TODAS EL MISMO RIESGO DE DEPENDENCIA?

Un corte transversal de población clasifica a las personas mayores en cuatro categorías³⁰:

- Sin deterioro funcional (A).
- Con discapacidad aguda en riesgo de ser establecida (B).
- Con discapacidad establecida potencialmente reversible (C).
- Con discapacidad establecida no reversible (D).

En el primer grupo, aquel de personas sin deterioro funcional, las principales líneas actuación irán encaminadas en un principio a la promoción de la salud, y prevención de la enfermedad y de sus secuelas, manteniendo el mayor grado de autonomía que le permita la integración social en su medio gozando de una calidad de vida satisfactoria con unos adecuados sistemas de apoyo. Mientras, que el segundo grupo (con discapacidad aguda en riesgo de ser establecida), las actuaciones primordiales son de prevención secundaria, siendo indispensable que previamente el sistema sea capaz de detectar esta población de

riesgo para posteriormente desarrollar una cartera de servicios más adecuada a sus necesidades.

El beneficio potencial de una intervención, es mayor cuanto mayor es el nivel funcional de partida. Para cada nivel de partida, según el umbral de función considerado, las personas con discapacidad aguda tienen mayor probabilidad de ser trasladados a un hospital, bien por sus familiares, bien por indicación médica. De hecho aún en las condiciones de discapacidad basal más adversas (categorías C ó D), un 66% de los individuos utilizan el hospital en 2 años³¹. De otra parte, y como ya se ha señalado anteriormente, en el ámbito hospitalario la importancia de la función supera a la de la edad, la frecuencia de presentación atípica de enfermedad supera el 50% en los mayores de 75 años, existe un mayor riesgo de permanecer discapacitado si no se adoptan las medidas oportunas y las oportunidades de trabajar en equipo son abundantes. Parece pues lógico pensar que una correcta valoración geriátrica integral hospitalaria es el punto de partida de una cadena de cuidados continuados cuyos eslabones son: la identificación de personas mayores frágiles, la actuación en la fase precoz del deterioro funcional y la planificación de cuidados y recursos posteriores ajustados al nivel de función.

Actuar en la fase precoz de la discapacidad, mantener el control hospitalario de las propias recomendaciones derivadas de la valoración geriátrica integral, establecer un seguimiento continuado de la fase postayuda y organizar la atención en torno a un equipo con la adecuada especialización, experiencia y motivación constituyen los principios básicos del diseño de un dispositivo asistencial eficiente para la persona mayor³², y una de las principales formulas para prevenir y retrasar la dependencia.

4. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y MEDICINA PREVENTIVA EN LA PERSONA MAYOR

Las actividades de promoción de la salud constituyen el conjunto de acciones interdisciplinarias que tratan de promover el estado óptimo de salud física, mental y social de la población. En el caso de las personas mayores la meta es prevenir el declinar, la fragilidad y la dependencia evitables. Aunque de forma tradicional se ha entendido la promoción de la salud como prevención de enfermedad, no parece particularmente útil unir estos conceptos en este sector de la población, dado que muchas veces las enfermedades ya están presentes, y además los objetivos primarios de incrementar la expectativa de vida se ven sustituidos por aquellos otros (mucho más relevantes en este caso) de reducir la tasa de deterioro funcional, prevenir la fragilidad y reducir la dependencia³³.

En este grupo de edad, por tanto, la promoción de la salud tendría como objetivo prevenir la aparición de enfermedades (físicas y mentales) y de sus secuelas, manteniendo el mayor grado de autonomía (por encima de los umbrales de dependencia) que le permita la integración social en su medio gozando de una calidad de vida satisfactoria con unos adecuados sistemas de apoyo³⁴.

Sin duda, se envejece como se ha vivido. Una buena prevención debe comenzar en las etapas iniciales de la vida, controlando las enfermedades infecciosas con la inmunización, y continuar en la juventud y edad adulta evitando los hábitos tóxicos - y las conductas de riesgo que pueden ocasionar secuelas y ser el origen de dependencias que disminuyen la calidad de vida en la vejez y acortan su duración. Mientras que la máxima expectativa de vida está determinada genéticamente, la probabilidad de alcanzarla en buen estado de salud depende fundamentalmente de factores medioambientales y del estilo de vida³⁵. Las expectativas de vida a estas edades son todavía relevantes, como también lo es el riesgo de que una parte no despreciable de la misma se viva con incapacidad.

La mayor parte de las actuaciones preventivas en salud en el ámbito de las personas mayores están destinadas a mantener la autonomía personal, la capacidad funcional, en un nivel satisfactorio. Estas actuaciones, dirigidas a prevenir o retrasar la aparición de enfermedad e incapacidad, se llevan a cabo tanto en el ámbito de la Atención Primaria como el hospitalario y residencial, y pueden estar diseñadas para ejercerse sobre individuos determinados - expuestos a unos determinados factores de riesgo o enfermedades - o sobre la población (programas de educación sanitaria, cambios en hábitos de vida, programas de intervención)³⁶.

Como en cualquier otro grupo de edad, las actividades preventivas pueden clasificarse atendiendo a la fase de desarrollo/evolución de la enfermedad. Así, se distinguen tres tipos de prevención: 1) sólo está presente una condición precursora o un factor de riesgo (prevención primaria); 2) se detectan enfermedades cuando aún son asintomáticas evitando su progresión mediante el tratamiento (prevención secundaria); y 3) se interviene evitando el deterioro y las complicaciones una vez la enfermedad está en fase sintomática (prevención terciaria). Sin embargo, cuando se está considerando la salud en las personas mayores, hay autores que dividen la fase de enfermedad sintomática en dos partes: la primera hace referencia a la situación en que la enfermedad es sólo conocida por la persona mayor y no ha sido puesta en conocimiento del servicio de salud; en la segunda el servicio de salud ya conoce la existencia de la enfermedad.

Tipos de actividades preventivas en personas mayores.

Sociedad Española de Medicina Geriátrica. Bases de la Atención Sanitaria al Anciano. Madrid: SEMEG 2001.

No hay enfermedad, sólo factor de riesgo	Enfermedad asintomática	Enfermedad sintomática	
		No conocida por el servicio de salud	Conocida por el servicio de salud
Educación sanitaria y promoción de la salud	Cribado	Búsqueda de la patología	Reducción de complicaciones. Retardar la incapacidad

Desde un punto de vista clínico, y de una forma muy general se pueden recomendar las siguientes actuaciones para prevenir la enfermedad y la dependencia en la persona mayor³⁷:

- Se recomienda el abandono del tabaco, la practica regular de ejercicio físico y mantener una nutrición adecuada.
- Evitar accidentes, caídas y lesiones en la piel.
- Revisar periódicamente el estado sensorial -visión , audición,- dentadura, presión arterial, y, en circunstancias particulares, glucemia, colesterolemia, tiroides, continencia y estado cognitivo.
- Se recomienda la vacunación antigripal de forma generalizada y la antitetánica y antineumocócica en situaciones concretas.
- La antiagregación con ácido acetil salicílico en prevención primaria y secundaria de la enfermedad coronaria, así como la anticoagulación en fibrilación auricular no valvular en la prevención del ictus son prácticas ampliamente recomendadas, aunque ésta ultima con las precauciones propias de la anticoagulación en las personas mayores.
- Para prevenir las fracturas, la administración de calcio y vitamina D3 se debe indicar en mujeres con expectativas de vida superiores a cinco años y con una aceptable situación funcional; el uso de bifosfonatos, y más aún el de la terapia hormonal sustitutiva, requiere una cuidadosa evaluación de la relación riesgo/beneficio.
- En la prevención de patología tumoral, no existe clara evidencia del beneficio de realizar cribados por encima de los 75 años. El cáncer colorectal y el de mama son los únicos en los que cabe recomendar dicho tipo de prácticas de manera rutinaria.

5. PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA EN LA PERSONA MAYOR CON ENFERMEDAD AGUDA EN RIESGO DE INCAPACIDAD.

La presencia de un proceso agudo, o lo que es más frecuente en la persona mayor, la reagudización de la patología crónica de base, implican un aumento notable en el riesgo de dependencia.

En muchos casos, la enfermedad aguda es el desencadenante de la incapacidad de las personas mayores, y muy especialmente en un subgrupo de ellos: los más frágiles. Es el grupo de personas mayores frágiles el que con más frecuencia necesita de atención en el hospital³⁸. La atención de la persona mayor frágil en el hospital, desde el punto de vista de la actuación sanitaria, representa un reto para el profesional responsable de la misma, por las especiales características, antes comentadas, que la enfermedad reviste en ellos.

La prevalencia de deterioro funcional en los pacientes mayores de 75 años ingresados se acerca al 50%, y se incrementa de forma notable en edades superiores. A esta consideración se une que durante el ingreso hospitalario entre el 30 y el 50% empeoran o se deterioran en situación funcional³⁹. La relación dependencia funcional/hospitalización es multidireccional. La existencia de dependencia funcional es un factor de riesgo de hospitalización y, a la vez, la hospitalización lo es para el deterioro funcional, especialmente en los sujetos que presentaban algún grado de deterioro previo a la hospitalización. Así, existe una clara relación entre el deterioro funcional y el ingreso hospitalario siendo tanto causa como consecuencia⁴⁰.

La dependencia en actividades básicas de la vida diaria ha mostrado capacidad para predecir la institucionalización, los cuidados domiciliarios, el uso de recursos hospitalarios, la necesidad de arreglos de vivienda, el uso de servicios médicos y la mortalidad⁴¹. De hecho la utilización de servicios sanitarios por las personas mayores guarda más relación con su estado funcional y físico que con su situación económica, comorbilidad o características demográficas⁴².

El deterioro funcional originado durante la hospitalización representa un cambio significativo en la calidad de vida para el paciente y sus cuidadores, y tiene también consecuencias sobre el sistema de salud que le asiste. Las principales causas de pérdida de la autonomía en las personas mayores son aquellas derivadas de procesos con necesidad de hospitalización. En muchos casos, el resultado al alta es el de una persona con más necesidades para realizar las actividades de la vida diaria y una familia desbordada y confusa ante la nueva situación, lo que en ocasiones genera una demanda de institucionalización o en su defecto de ayuda social comunitaria. Una parte de esta demanda podría ser evitada instaurando las estrategias preventivas y terapéuticas adecuadas^{43, 44}.

El riesgo de deterioro funcional de un paciente durante la hospitalización depende de tres factores: 1) de su reserva fisiológica; 2) de la enfermedad que origina el ingreso en sí y por último, aunque no menos importante, 3) del proceso de atención a la enfermedad aguda, habitualmente hospitalario. El origen del deterioro funcional durante el ingreso es, por tanto, multifactorial.

Con ser importantes los dos primeros factores considerados, el que resulta crucial en el desarrollo de incapacidad durante la hospitalización por enfermedad aguda y el que ofrece mayores posibilidades de intervención es el propio proceso asistencial. Se debe tener en cuenta que el objetivo de cualquiera de nuestras actuaciones en estos pacientes debe ir dirigido al mantenimiento de la calidad de vida más que a la disminución de la mortalidad, en especial si ésta se acompaña de un incremento de la morbilidad y de la dependencia funcional. Por desgracia el efecto de los diferentes tratamientos sobre la capacidad funcional no es uno de los resultados que se analizan habitualmente en los ensayos clínicos⁴⁵.

Algunos datos permiten ilustrar estas afirmaciones. Se han descrito complicaciones hasta en el 40% de los pacientes mayores de 75 años ingresados. Esta tasa es más notoria cuanto peor es la situación funcional previa del paciente⁴⁶.

Por todo ello, aunque las medidas de prevención primaria son las responsables de la mejora de calidad de vida en el conjunto de la población, en la persona mayor, y de modo muy particular en el anciano frágil, una atención adecuada y por personal cualificado de la enfermedad aguda en el hospital influye de forma notable en comprimir los años de vida con discapacidad.

Existen evidencias de que una atención a las personas mayores en unidades específicas hospitalarias de manejo de la enfermedad aguda, basada en la valoración integral por personal especializado y en un plan de actuación centrado en la función es capaz de lograr objetivos relevantes para la mejora de la salud del anciano frágil, tanto en términos de estado funcional e institucionalización al alta, mortalidad, estancia media y reingresos.^{47,48,49,50,51}

6. LA ASISTENCIA SANITARIA A LA PERSONA MAYOR CON INCAPACIDAD ESTABLECIDA POTENCIALMENTE REVERSIBLE

Las causas de deterioro funcional en una persona mayor pueden ser múltiples, acumulativas e interactivas. Por un lado, es en este grupo de población dónde con más frecuencia inciden patologías agudas que son causa importante de discapacidad y de mortalidad, además de conducir en un porcentaje no desdeñable de casos a la institucionalización. Por otro lado, la enfermedad en general, no solo la directamente incapacitante, junto al propio proceso asistencial puede condicionar la aparición de incapacidad. Dos son las patologías principales causantes de discapacidad: el accidente cerebrovascular y la fractura de cadera.

Los accidentes cerebrovasculares son muy frecuentes en este grupo de población, Y aunque en casi un tercio de los pacientes no origina inicialmente discapacidad en actividades de la vida diaria, en más del 50% de los supervivientes determina cierto grado

de discapacidad⁵². La fractura de cadera es una causa frecuente de discapacidad: de un 40% a un 60% de los pacientes pierden capacidad para deambular y de un 55% a un 75% pierden capacidad para realizar algunas actividades de la vida diaria⁵³, por lo que puede ser causa de institucionalización, con una mortalidad a los 3 meses entre un 5 y un 24%⁵⁴.

No todos los pacientes que presentan un deterioro funcional se van a beneficiar de un tratamiento rehabilitador. Deterioros funcionales y/o cognitivos severos previos al ingreso, así como determinados factores pronósticos negativos pueden contraindicar un tratamiento rehabilitador⁵⁵.

Las formas organizativas de la atención a la persona mayor con discapacidad potencialmente reversible que se han mostrado efectivas son aquellas estructuradas en torno a un equipo interdisciplinar que actúa mediante instrumentos específicos de valoración y que posee formación especializada en la atención sanitaria a la persona mayor. En el metanálisis de Stuck y cols⁵⁶ se analiza la efectividad de las Unidades dirigidas a la Recuperación Funcional obteniendo como resultados una disminución del riesgo de mortalidad a los 6 meses en un 28% y una mejoría del 68% en la probabilidad de vivir en el domicilio al año. Aunque en sólo 2 trabajos se analiza el efecto sobre la función cognitiva a 6 ó más meses y sobre la física a los 6 y 12 meses, éste fue positivo. En nuestro medio, Valderrama y cols, analizan la efectividad de estas unidades observando ganancias funcionales al alta, que se mantienen al año, con mejores resultados en aquellos casos con incapacidades moderadas-severas y que han sufrido un deterioro funcional agudo-subagudo^{57,58}.

7. ATENCIÓN SANITARIA A LA PERSONA MAYOR BASADA EN LA EVIDENCIA

Actualmente cualquier toma de decisiones sobre grupos de pacientes o poblaciones debe estar basado en la evidencia científica, es decir se debe de evolucionar del “hacer las cosas correctamente” hacia el “hacer correctamente las cosas correctas”⁵⁹ y de esta forma aumentar la razón entre beneficio y daño.

Un enfoque dirigido a la prevención y rehabilitación de la dependencia, a través de un proceso asistencial que integre tanto la valoración como la atención desde una perspectiva global e interdisciplinaria, debe consolidarse en nuestro Sistema de Salud a medida que una buena parte de sus componentes esenciales muestran su efectividad en estudios científicos fiables.

Estas “evidencias”, derivadas de ensayos clínicos sugieren que las organizaciones que buscan mejorar la salud, que en el caso de las personas mayores deberían abordar⁶⁰ :

- El espectro completo de las necesidades de salud las personas mayores, desde la prevención hasta una muerte digna.
- La capacidad de los proveedores actuales para cubrir dichas necesidades.
- Todos los marcos de atención en que las personas mayores reciben los cuidados.
- El conjunto completo de innovaciones exitosas descritas como efectivas en estudios fiables.

A la hora de planificar cualquier actuación asistencial, deberíamos precisar a qué tipo de usuario y cuáles son las medidas que tienen mayor evidencia científica. Por ello es preciso clasificar a las personas mayores en las diferentes categorías, tal como hemos establecido anteriormente. Cada uno de ellos va a necesitar distinta atención e intensidad de cuidados.

Los sistemas asistenciales que están demostrando su efectividad, se basan en la selección, valoración y gestión de casos pero solo como partes de un sistema integrado, aspecto que parece ser un factor fundamental para su éxito. En la actualidad ya se dispone de suficiente evidencia para poder afirmar que existen diferencias en los resultados conseguidos en el tratamiento de pacientes mayores de características concretas entre las distintas especialidades médicas, entre los distintos tipos de centros y entre distintos servicios^{61,62}. Por tanto, las decisiones relativas a la organización de los Sistemas de Salud no son banales, en atención a las consecuencias que de dicha organización se derivan tanto para el paciente como para el propio Sistema, y deberían ser cuidadosamente sopesadas en función de su eficacia diferencial. Este acercamiento al problema, que hace posible la “planificación basada en la evidencia”, está especialmente indicado cuando se plantea una diversificación de los sistemas de atención, que es exactamente el proceso al que estamos asistiendo en nuestro medio⁶³.

Por último, pero no por ello menos importante es tener en cuenta que las personas mayores pueden tener necesidades cambiantes, por lo que es preciso que exista una evaluación frecuente y una oferta adecuada de recursos para poder ofrecer el servicio más conveniente a cada usuario según las necesidades de cada momento.

REFERENCIAS

- ¹ Fries JF. Aging, natural death, and the compression of morbidity. *New Eng J Med* 1980; 303: 130-5.
- ² Schneider EL, Brody J. Aging, natural death, and the compression of morbidity: another view. *N Engl J Med*. 1983;14:854-855.
- ³ Cutler D. Declining disability among the elderly. *Health Affairs* 2001; 95: 11-27.
- ⁴ Wolinsky FD, Callahan CM, Fitzgerald JF, Johnson RJ. Changes in functional status and the risk of subsequent nursing home placement and death. *J. Gerontol Soc Sci*. 1993;48:S94-S101.
- ⁵ Branch L, Jette A, Evashwick C, Polansky M, Rowe G, Diehr P. Toward understanding elders health service utilization. *J. Community Health*. 1981;7:80-92.
- ⁶ Morán Alaez E. Estimación de la población dependiente y de sus características sociodemográficas. En *La protección social de la dependencia*. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).
- ⁷ Béland F, Zunzunegui V. Envejecer en Leganés. *Rev Gerontol* 1995.
- ⁸ Martínez de la Iglesia J, Espejo J, Rubio V, Enciso I, Zunzunegui MV, Aranda JM. Valoración funcional de personas mayores de 60 años que viven en una comunidad urbana. Proyecto ANCO. *Aten Prim* 1997;20:475-484.
- ⁹ Eiroa Patiño P, Vazquez-Vizoso FL, Veras Castro R. Discapacidades y necesidades de servicios en las personas mayores detectadas en la encuesta de salud OARS-Vigo. *Med Clin* 1996;106:641-648.
- ¹⁰ Suárez F, Oterino D, Peiró S. Estado de salud de las personas ancianas y hospitalización en servicios geriátricos, médicos y quirúrgicos. Estudio poblacional en Toledo. *Rev Esp Salud Pública* 2000; 74:149-162.
- ¹¹ Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 2000. Instituto Nacional de Estadística. Madrid.
- ¹² González-Montalvo, JI Baztán JJ, Rodríguez-Mañas L. Ingreso hospitalario urgente en servicios médicos: causas, justificación, factores sociales y sus diferencias en función de la edad. *Med Clin (Barc)* 1994; 103: 441-4.
- ¹³ Zambrana JL, Delgado M, Cruz G. Factores asociados a ingresos inadecuados en un servicio de medicina interna. *Med Clin (Barc)* 2001; 116: 652-4.
- ¹⁴ Aminzadeh F, Dalziel WB. Older adults in the emergency department: a systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. *Ann Emerg Med*. 2002 Mar;39(3):238-47.
- ¹⁵ Peiró. Utilización inapropiada de la hospitalización: marco conceptual y situación en el País Valenciano. Tesis Doctoral, Universidad de Valencia, 1995.
- ¹⁶ Mirón JA, Orozco JA, Alonso M. Estimación de ingresos y estancias inadecuadas en un hospital comarcal. *Rev Clin Esp* 2002; 200: 654-58.
- ¹⁷ Suárez F, Oterino D, Peiró S. Factores asociados con el uso y adecuación de la hospitalización en personas mayores de 64 años. *Rev Esp Salud Pública* 2001; 75:237-48.
- ¹⁸ Kane RL, Ouslander J, Abrass I. The elderly patient: demography and epidemiology. En *Essentials of clinical geriatrics*. Third edition. Mac Graw Hill.
- ¹⁹ Sociedad Española de Medicina Geriátrica. Bases de la Atención Sanitaria al Anciano. Madrid: SEMEG 2001.
- ²⁰ Sociedad Española de Medicina Geriátrica. Bases de la Atención Sanitaria al Anciano. Madrid: SEMEG 2001.
- ²¹ Sociedad Española de Medicina Geriátrica. Bases de la Atención Sanitaria al Anciano. Madrid: SEMEG 2001.

-
- ²² Royal College of Physicians. Management of the older medical patient. Teamwork in the journey of care. London 2000.
- ²³ Ferrucci L, Guralnik JM, Simonsick E, Salive ME, Corti C, Langlois J. Progressive versus catastrophic disability: a longitudinal view of the disablement process. *J Gerontol* 1996; 51A: M123-M130.
- ²⁴ Fried LP, Kronmal RA, Newman AB, Bild DE, Mittelmark MB, Polak JF y cols for the Cardiovascular Health Study Collaborative Research group. Risk factors for 5-year mortality in older adults. *JAMA* 1998; 585-593.
- ²⁵ Inouye SK, Peduzzi PN, Robinson JT, Hughes JS, Horwitz RI, Concato J. Importance of functional measures in predicting mortality among older hospitalized patients. *JAMA* 1998; 15: 1187-1193.
- ²⁶ Guralnik JM, Ferrucci L, Simonsick EM, Salive ME, Wallace RB. Lower-extremity function in persons over the age of 70 years as a predictor of subsequent disability. *N Engl J Med* 1995; 332: 556-561.
- ²⁷ Vita AJ, Terry RB, Hubert HB, Fries JF. Aging, health risks and cumulative disability. *N Engl J Med* 1998; 338: 1035-1041.
- ²⁸ Wu AW, Yasui Y, Alzola C, Galanos AN, Tsevat J, Phillips RS y cols. Predicting functional status outcomes in hospitalized patients aged 80 years and older. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48: S6-S15.
- ²⁹ Valderrama E, Damián J, Guallar E, Rodriguez L. Previous disability as a predictor of outcome in a Geriatric rehabilitation unit. *J Gerontol* 1998; 53A: M405-M409.
- ³⁰ Sociedad Española de Medicina Geriátrica. Bases de la Atención Sanitaria al Anciano. Madrid: SEMEG 2001.
- ³¹ Medical Research Council. Cognitive function and aging study (MRC CFAS) and Resource Implications Study (RIS CFAS). Profile of disability in elderly people: estimates from a longitudinal population study. *Br Med J* 1999; 318: 1108-11.
- ³² Sociedad Española de Medicina Geriátrica. Bases de la Atención Sanitaria al Anciano. Madrid: SEMEG 2001.
- ³³ Lavizzo-Mourey R. Promoting health and function among older adults. En: Principles of Geriatric Medicine and Gerontology (3rd ed.). Eds: Hazzard WR et al. McGraw-Hill, 1994.
- ³⁴ Sociedad Española de Medicina Geriátrica. Bases de la Atención Sanitaria al Anciano. Madrid: SEMEG 2001.
- ³⁵ Khaw KT. Healthy aging. *Br Med J* 1997; 315: 1090-1096.
- ³⁶ Sociedad Española de Medicina Geriátrica. Bases de la Atención Sanitaria al Anciano. Madrid: SEMEG 2001.
- ³⁷ Sociedad Española de Medicina Geriátrica. Bases de la Atención Sanitaria al Anciano. Madrid: SEMEG 2001.
- ³⁸ Medical Research Council. Cognitive function and aging study (MRC CFAS) and Resource Implications Study (RIS CFAS). Profile of disability in elderly people: estimates from a longitudinal population study. *Br Med J* 1999; 318: 1108-11.
- ³⁹ Sociedad Española de Medicina Geriátrica. Bases de la Atención Sanitaria al Anciano. Madrid: SEMEG 2001.
- ⁴⁰ Mor V, Wilcox V, Rakowski W, Hiris J. Functional transitions among the elderly: patterns, predictors and related hospital use. *Am J Public Health* 1994; 84:1274-1280.
- ⁴¹ Brody KK, Johnson RJ, Ried LD. Evaluation of a self-report screening instrument to predict frailty outcomes in aging populations. *Gerontologist*. 1997; 37: 182-191.
- ⁴² Fried TR, Mor V. Frailty and hospitalization of long-term stay nursing home residents. *J Am Geriatr Soc*. 1997 Mar;45(3):265-9.
- ⁴³ Creditor MC. Hazards of hospitalization of the elderly. *Ann Intern Med* 1993;118:219-23.

-
- ⁴⁴ Sager MA, Franke T, Inouye SK, Landefeld CS, Morgan TM, Rudberg MA, Siebens H, Winograd CH. Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older persons. *Arch Intern Med* 1996;156:645-652.
- ⁴⁵ Sociedad Española de Medicina Geriátrica. Bases de la Atención Sanitaria al Anciano. Madrid: SEMEG 2001.
- ⁴⁶ Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt HH. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med*. 1991 Feb 7;324(6):370-6.
- ⁴⁷ Asplund K, Gustafson Y, Jacobsson C, Bucht G, Wahlin A, Peterson J, Blom JO, Angquist KA. Geriatric-based versus general wards for older acute medical patients: a randomized comparison of outcomes and use of resources. *J Am Geriatr Soc*. 2000 Nov;48(11):1381-8.
- ⁴⁸ Counsell SR, Holder CM, Liebenauer LL, Palmer RM, Fortinsky RH et al. Effects of a multicomponent intervention on functional outcomes and process of care in hospitalized older patients: a randomized controlled trial of Acute Care for Elders (ACE) in a community hospital. *J Am Geriatr Soc*. 2000 Dec;48(12):1572-81.
- ⁴⁹ Day, P. and Rasmussen, P. What is the evidence for the effectiveness of specialist geriatric services in acute, post-acute and sub-acute settings? *New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA)* 2004; 7(3).
- ⁵⁰ Sociedad Española de Medicina Geriátrica. Bases de la Atención Sanitaria al Anciano. Madrid: SEMEG 2001.
- ⁵¹ Barrick C, Karuza J, Levitt J. Impacting quality: assessment of a hospital-based geriatric acute care unit. *Am J Med Qual*. 1999 May-Jun;14(3):133-7.
- ⁵² Kelly-Hayes M, Phipps MA. Preventive approach to poststroke rehabilitation in older people. *Clin Geriatr Med* 1999; 15: 801-817.
- ⁵³ Kramer AM, Steiner JF, Schlenker RE, Eilertsen TB, Hrinkevich CA, Tropea DA y cols. Outcomes and costs after hip fracture and stroke. A comparison of rehabilitation settings. *JAMA* 1997; 277: 396-404.
- ⁵⁴ British Geriatric Society. Compendium Document A4 (1997b). Rehabilitation of older people.
- ⁵⁵ Valderrama-Gama E, Damian J, Guallar E, Rodríguez-Mañas L. Previous disability as a predictor of outcome in a Geriatric Rehabilitation Unit. *J. Gerontol.*, 1998; 53A: M405-M409.
- ⁵⁶ Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet*. 1993 Oct 23;342(8878):1032-6.
- ⁵⁷ Valderrama E, Baztán JJ, Pérez del Molino J. Eficiencia de la mejoría funcional obtenida en una Unidad de Media Estancia o Convalecencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1997; 32: 139-43.
- ⁵⁸ Valderrama E, Molpeceres J. Seguimiento a largo plazo de los pacientes ingresados en una unidad de media estancia o convalecencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998; 33:67-72
- ⁵⁹ Muir Gray JA. Atención Sanitaria Basada en la Evidencia. Cómo tomar decisiones en gestión y política sanitaria. Churchill Livingstone. Madrid 1997.
- ⁶⁰ Calkins E.; Boulton Ch.; Wagner E.H.; Pacala J.T. "New ways to care for older people. Building systems based on evidence". Springer Publishing Company, New York. 1999.
- ⁶¹ Cameron J. Geriatric rehabilitation following fractures in older people: systematic review. *Health Technol Assess* 2000; 4: 1-83.
- ⁶² Landefeld CS, Palmer RM, Kresevis 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 Eng J Med* 1995; 332:1338-44.
- ⁶³ Sociedad Española de Medicina Geriátrica. Bases de la Atención Sanitaria al Anciano. Madrid: SEMEG 2001.