



## La importancia del médico geriatra en la atención a personas mayores

Publicado: 05/02/2014

<http://envejecimientoenred.wordpress.com/2014/02/05/la-importancia-del-medico-geriatra-en-la-atencion-a-personas-mayores/>

Javier Alaba. Médico – [Matia Fundazioa](#)

Con los cambios demográficos producidos, el mundo occidental ha incrementado en gran medida la esperanza de vida y ha disminuido la tasa de natalidad, por lo que se ha ido generando un envejecimiento poblacional relevante, especialmente de los mayores de 85 años, todo lo cual supone un reto para cubrir las necesidades sociales y sanitarias que se derivan del mismo. Las personas con edad superior a 65 años utilizan en mayor medida los recursos sanitarios, así acuden el doble a las consultas de atención primaria, acuden más a los servicios de urgencias e ingresan más en los hospitales, siendo las estancias más prolongadas y justificadas. Para cubrir dichas necesidades se destina aproximadamente un 10% del PIB, sin embargo la realidad actual económica ha producido recortes en dicha financiación, aumentando exponencialmente las necesidades, por lo que a corto plazo dicho desequilibrio quedara manifiesto.

Los avances científicos y técnicos en la medicina, así como los cambios higiénicos en la sociedad que se han producido a lo largo del siglo XX, han logrado este hito en la historia de la humanidad, sin embargo obligan a la sociedad a replantear los objetivos y adaptar los recursos a una población cambiante.



El **médico geriatra** debe conocer adecuadamente los cambios que se producen con el *envejecimiento* en los diferentes órganos y sistemas, las modificaciones de las diferentes *patologías crónicas* que van acumulándose con el paso del tiempo, detectando precozmente los llamados *síndromes geriátricos* (demencia, delirium, caídas, incontinencia, malnutrición) y los efectos de los medicamentos en el manejo de las diferentes patologías. La forma de presentación de la enfermedad se modifica por los cambios señalados, fisiológicos y patológicos, con la presencia frecuente de cambios sensoriales y cognitivos en el anciano, siendo habitual una forma de presentación atípica y paucisintomática, no existiendo relación en muchos casos entre el síntoma u órgano afectado y la función, por ello es frecuente que el deterioro funcional sea de causa multifactorial, al producirse una disminución de la reserva orgánica y un desequilibrio homeostático que conlleva un incremento de vulnerabilidad.

La principal herramienta diagnóstica es la **Valoración Geriátrica Integral** que de forma dinámica evalúa y cuantifica el estado físico/ biológico, psíquico (cognitivo, afectivo, conductual) y social, enfatizando en el conocimiento de la capacidad funcional como principal variable para establecer el rendimiento de los planes de cuidados y los objetivos asistenciales. Una vez identificadas las diferentes necesidades de la persona y con el conocimiento de su entorno y potencial de recuperación, se requiere la participación efectiva de un **equipo interdisciplinar** (médico, enfermera, trabajadora social, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta) para alcanzar unos objetivos proporcionales a la clasificación del anciano en unos tiempos razonables y monitorizando los cambios producidos. El conocimiento y gestión adecuada de los diferentes **recursos sociales y sanitarios** de la comunidad son imprescindibles para garantizar una continuidad asistencial, requiriendo del trabajo multidisciplinar que facilite y se adapte a las necesidades cambiantes de los pacientes vulnerables, adecuando las transiciones necesarias entre recursos.

Otro objetivo de especial relevancia, es la **prevención de la dependencia** para poder alcanzar un envejecimiento activo y exitoso, por medio de medidas de prevención primaria (disminuyen la incidencia de enfermedades), secundaria (disminuyen la prevalencia de enfermedades), terciaria (compensan las secuelas de la enfermedad) y cuaternaria (aquellas medidas que evitan daños por el uso de medios diagnósticos o terapéuticos). Es conveniente promocionar hábitos de vida saludables, especialmente realizando programas de ejercicio físico, para mantener el mayor tiempo posible una adecuada marcha, equilibrio y potencia muscular, una adecuada dieta que mantenga las necesidades energéticas y que sea variada, mantener ciertas inquietudes creativas y

realización de programas adaptados de psicoestimulación, poniendo especial atención a realizar adaptaciones a las discapacidades que aparezcan para mantener la máxima autonomía posible. La detección precoz de la fragilidad en la comunidad, como paso intermedio previo a la dependencia, es fundamental en esta estrategia preventiva de la discapacidad, realizando una detección oportunista en todas las consultas sobre pérdida de peso, fuerza o energía, disminución de la velocidad de la marcha, para alertar y adelantar los planes de cuidados a las necesidades dinámicas. No hay que esperar pasivamente a que aparezca el deterioro funcional, o a realizar cribados del mismo, que aunque sean relevantes lo fundamental es un papel activo en la sociedad para que aquellas personas con mayor riesgo inicien actividades que fomenten las capacidades latentes, especialmente aquellas relacionadas con las actividades básicas de vida diaria (higiene, vestido, marcha, alimentación, continencia) y de psicoestimulación.

Cada vez son más relevantes los aspectos que tienen en consideración la **seguridad asistencial**, especialmente en el grupo de población más vulnerable, siendo de interés disponer de procedimientos en cuanto a detección, valoración e intervención en caídas y trastornos de la marcha, en el uso adecuado de medicamentos y la prevención de reacciones adversas a medicamentos que constituye la cuarta causa de muerte en los ancianos frecuentemente prevenibles, y a nivel hospitalario o institucional en programas de control de infecciones nosocomiales.

El desarrollo e instauración de planes de **cuidados paliativos** en pacientes no oncológicos, con insuficiencia de órgano avanzada, busca el máximo confort de la persona, la mejor calidad de vida posible, centrándose en un adecuado control de síntomas, en adelantarse y planificar conjuntamente con el paciente y cuidadores las tomas de decisiones al final de la vida, para poder ser capaces de evitar medidas diagnósticas o terapéuticas innecesarias. Del mismo modo hay que realizar una valoración del paciente geriátrico oncológico o quirúrgico, de tal manera que se pueda ponderar de la mejor forma posible los beneficios y riesgos de las diferentes intervenciones diagnósticas o terapéuticas, para evitar en lo posible sufrimientos innecesarios. Como afirman el *Hasting Center* los *finés de la medicina* deben ser algo más que la curación de la enfermedad y el alargamiento de la vida; la condición humana es inseparable de la enfermedad, el dolor, el sufrimiento y la muerte, por lo que una práctica médica adecuada ha de empezar por aceptar la finitud humana y enseñar o ayudar a vivir en ella.

Por todo ello el médico geriatra debe divulgar aspectos de promoción de la salud, prevenir la dependencia con la ayuda de los recursos de la comunidad y de forma interdisciplinar, ser un gestor de los diferentes procesos asistenciales buscando resultados reales en salud y funcionalidad, acompañando y cuidando a las personas y sus familias por medio de las herramientas técnicas que dispone y sobre todo con la capacidad de comunicar, acompañar, aliviar junto al desarrollo de unos valores éticos que respeten las opciones y la dignidad de las personas. Como afirma el acrónimo “*el anciano justo, en el sitio justo, el tiempo justo*” (al que se puede añadir con los procedimientos diagnósticos y terapéuticos justos).

1. King and Guralnik. *Maximizing the Potential of an Aging Population. JAMA 2010;304:1944.*

2. *Abizanda P, Gomez-Pavón J, Martin Lesende I et al. Detección y prevención de la fragilidad: una nueva perspectiva de prevención de la dependencia en las personas mayores. Med Clin 2010;135:713-9.*
3. *Plan Estratégico de Aplicación de la cooperación de innovación europea sobre el envejecimiento activo y saludable. COM (2012) 83, Bruselas Disponible en <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32011D0940:EN:NOT>*