

El paciente crónico, motor del cambio sanitario

Juan José Solano Jaurrieta

Jefe de Servicio de Geriatría y Medicina Interna. Hospital Monte Naranco, Oviedo. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Grupo de Investigación: Grupo de Respuesta Celular al Estrés Oxidativo

El abordaje del enfermo crónico y del paciente anciano ha sido motivo de debate, y en ocasiones de “encendido debate”, durante las últimas dos décadas. Con demasiada frecuencia se ha impuesto a este tipo de pacientes algún tipo de responsabilidad en las dificultades que encontramos para garantizar la sostenibilidad del sistema. Demasiados “encuentros” con el sistema de salud, utilización de tecnologías de las que no se benefician, conversión de problemas de cuidados en “crisis sanitarias”, etc.

Sin embargo, el paciente no elige, en general, las soluciones más oportunas a sus problemas, salvo entre aquellas que les proponen los profesionales. Las dificultades comienzan cuando las soluciones que se proponen no se adaptan a los problemas reales.

En este estudio, relativo a la variabilidad de la atención hospitalaria al paciente anciano y crónico en el Sistema Nacional de Salud se extraen una serie de conclusiones de las que debemos partir, pues no hemos conseguido modificar la tozudez de estos hechos a pesar de las innumerables propuestas que se han realizado hasta el momento (incluida la creación del espacio sociosanitario). Son especialmente destacables las tres siguientes:

1. Existe variabilidad detectable entre pequeñas áreas geográficas vecinas, pero ni las variables de oferta ni las variables socioeconómicas se asocian a las tasas de ingresos.
2. Los problemas crónicos de las personas mayores se traducen en encuentros agudos frecuentes con el sistema hospitalario. Los diagnósticos más frecuentes que condicionan la utilización hospitalaria son la cirugía electiva, la descompensación de enfermedad crónica (insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cardiopatía isquémica) y cuadros médicos agudos con elevado potencial incapacitante (ictus, fractura de cadera).
3. Este tipo de enfermedades se asocian a una repercusión evidente sobre la función física y la situación social.

El contacto entre el enfermo crónico y el medio hospitalario es, pues, inevitable; la cuestión no estriba, por lo tanto, en establecer qué nivel asistencial gestiona la cronicidad y su correlato, la dependencia, sino en conocer cómo se debe gestionar la cronicidad y la dependencia en cada uno de los niveles asistenciales.

A pesar de iniciativas como la que nos ocupa, los sistemas de salud no son aún totalmente conscientes de los nuevos retos planteados por esta situación. Y quien no es capaz de hacerse cargo de un problema forma parte de él.

La atención sanitaria basada en “evidencias” nos permite constatar un beneficio de la intervención cada vez más precoz en la historia de la enfermedad del anciano, hacia la prevención del desarrollo de incapacidad más que hacia la atención, también necesaria, de las consecuencias derivadas de aquélla. En concreto, la colaboración Cochrane, ha dedicado varias revisiones sistemáticas y meta-análisis a este ámbito, otorgando un máximo nivel de recomendación a las unidades de agudos y de rehabilitación de Geriatría.

Es preciso por tanto una nueva organización y nuevos perfiles profesionales para la atención de enfermos con una fisiología diferencial.

Ya se ha establecido de modo suficientemente fundamentado que el sustrato fisiológico sobre el que asienta la enfermedad en el anciano es un sustrato especial, se regula de modo diferente, y origina presentaciones clínicas y exigencias de tratamiento distintas. En consecuencia, requiere conocimientos especiales.

Lo más característico de esta fisiología diferencial se aprecia en las respuestas al estrés, que muestran una amplitud y frecuencia progresivamente menores que en sujetos más jóvenes. Esta alteración se verifica tanto en el organismo en su conjunto, como en órganos, o sistemas específicos y en el funcionamiento celular. Esta fisiopatología, relacionada con el envejecimiento, se ve acentuada en condiciones de hipoxia y se asocia con la mayor parte de las enfermedades crónicas más frecuentes (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular agudo, diabetes mellitus, enfermedad de Alzheimer) y, en último extremo, con el desarrollo de incapacidad. Son precisamente estas las enfermedades responsables de los contactos hospitalarios de los enfermos crónicos que referíamos al principio.

Es decir, cuando hablamos de poblaciones envejecidas estamos hablando de individuos con menor capacidad de respuesta al estrés, con predisposición a la enfermedad crónica y a la incapacidad que se ve justificada por sus condiciones fisiológicas especiales (situación pro-inflamatoria y pro-oxidante). ¿Tenemos en cuenta estas características especiales desde el sistema de salud? ¿Cómo se ordenan los contactos del anciano con el mismo? ¿Se tiene en cuenta la importancia de la prevención de la incapacidad?

Nuestro grupo se ha preocupado por conocer las consecuencias de la hospitalización en el anciano durante los últimos años, interesándose en los posibles factores que se asocian al desarrollo de incapacidad derivada de la hospitalización. Parece lógico que en este continuo disfunción celular-disregulación fisiológica-reducción de reserva orgánica-enfermedad crónica-alteración de la respuesta al stress-incapacidad, la inserción de una hospitalización (adecuadamente indicada o no) supone una sobrecarga que incrementa la posibilidad de deterioro funcional. ¿En qué proporción de casos?

Según nuestra serie, hasta un 30% de los ancianos que sufren un ingreso hospitalario en relación con una enfermedad no directamente incapacitante (insuficiencia cardíaca y enfermedad pulmonar obstructiva crónica fundamentalmente) pierden alguna capacidad para la realización de actividades de la vida diaria, pérdida que persiste al mes del alta hospitalaria, y que se puede considerar irreversible a los tres meses del ingreso.

Mediante una adecuada valoración en el momento del ingreso es posible acercarse al riesgo de incapacidad de un individuo concreto, ya que ésta es superior ante presentaciones atípicas de la enfermedad como el síndrome confusional agudo o las caídas, ante la presencia de deterioro funcional en el momento de la consulta o ante el diagnóstico previo de demencia. Estos sujetos serían, teóricamente, los más susceptibles de una intervención

de orientación funcional, como la que propone la geriatría. Desde un punto de vista operativo, este tipo de presentación de la enfermedad es tanto más probable cuanto mayor es la edad del paciente, por lo que puede utilizarse el corte de edad por encima de 75 años como próximo a la situación de riesgo.

El beneficio obtenido por un abordaje basado en la valoración geriátrica es mayor cuando se cumplen las siguientes premisas:

1. Adecuada selección de la población, basada en criterios de edad como variable próxima, o en criterios más específicos como los anteriormente expuestos.
2. Actuación precoz, antes de que la incapacidad se fije, haciéndose irreversible (decondicionamiento).
3. Estructura asistencial y posibilidad de continuidad de cuidados.
4. Formación específica en fisiología del envejecimiento, repercusión funcional de la enfermedad, toma de decisiones clínicas en el paciente anciano y manejo de los niveles asistenciales.

De entre los aspectos que hemos ido hilvanando lógicamente, dos merecen, desde mi punto de vista, una atención especial.

El primero de ellos se refiere a la importancia de una captación precoz de los casos, que multiplica exponencialmente nuestras posibilidades de actuación, posibilitando el beneficio funcional del paciente. Desgraciadamente este principio, bien demostrado científicamente, se opone a la corriente general de pensamiento que relaciona la Geriatría exclusivamente con el cuidado continuado, el cuidado paliativo o el abordaje de las problemáticas sociales. Es necesario, pues, un cambio de cultura, la concienciación de los profesionales de la salud a este respecto, e incluso la reorientación de las demandas sociales, centradas actualmente de modo predominante en la consecución de una ubicación a largo plazo para llevar a cabo los cuidados de atención directa.

En esta línea, actualmente se plantea que los servicios de urgencia constituyen un punto crítico del sistema de salud que debe reorientarse hacia la población anciana. Se dice incluso que el Servicio de Urgencias debería ser uno de los niveles asistenciales más involucrado en la realización de valoración geriátrica y en la correcta ubicación de los ancianos en el sistema. En esta dirección, nuestro servicio de Geriatría lleva años construyendo una sólida relación con el Servicio de Urgencias de nuestra área, que ha llevado a la presencia física de consultores de Geriatría en el mismo, y que ha demostrado capacidad para evitar ingresos innecesarios y potencialmente iatrogénicos, y a una satisfacción general de los profesionales implicados (tanto médicos de urgencias como geriatras). Este proceso ha culminado en una propuesta para la especialización de un área del servicio de urgencias en la atención al paciente anciano (Atención Urgente de Geriatría –AUGE–), con personal específicamente orientado a la resolución de problemas en esta población, y con características estructurales y funcionales especiales. Podemos felicitarnos por esta nueva sensibilidad, por nuestra orientación hacia el futuro y hacia una innovación que permitirá atender mejor las necesidades de nuestros clientes.

El segundo aspecto, claramente relacionado con el anterior, que tengo interés en desarrollar con más detenimiento, es el referido a la adecuada selección de los pacientes candidatos a determinado tipo de tratamiento, a tratamientos y medios diagnósticos de mayor o menor intensidad. Es importante tener un conocimiento exhaustivo de los factores que nos permiten establecer un pronóstico en relación a la respuesta esperada de un anciano a una determinada intervención sanitaria. Entre ellos, el de mayor poder predictivo es,

nuevamente, la capacidad funcional. Si no disponemos de este dato, ya que no hemos llevado a cabo una valoración adecuada (y ésta no se lleva a cabo, salvo en muy contados casos, fuera de los servicios de Geriatría) ponemos a nuestros pacientes ancianos en riesgo de sobre o infra-diagnóstico y sobre o infratratamiento. La probabilidad de sobre-diagnóstico y sobre-tratamiento (la utilización de medios de los que no es esperable beneficio para el paciente) es tanto mayor cuanto menor es la capacidad funcional del individuo, mientras que la probabilidad de infradiagnóstico e infratratamiento (no utilización de medios de los que es posible que se derive beneficio) es tanto mayor cuanto mayor es la capacidad funcional del sujeto. Es decir, estamos obviando en un muy elevado número de casos el principal factor objetivo que nos ayudaría en nuestra toma de decisiones clínicas, incrementándose nuestra probabilidad de error si utilizamos únicamente la edad como elemento decisorio para el acceso a (o denegación de) tratamiento.

Desde la perspectiva de la gestión, nuestro sistema de salud también se encuentra escasamente preparado para analizar sus resultados (especialmente su eficiencia) respecto a este grupo de edad. Teniendo en cuenta la condición de la funcionalidad como principal factor pronóstico de beneficio de nuestras intervenciones en salud, este parámetro debería ser tenido en cuenta en cualquier sistema de información que fuera utilizado como apoyo para la toma de decisiones en planificación sanitaria. La realidad, sin embargo, es otra. Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico, el sistema de clasificación de pacientes habitual en la medición del producto hospitalario, no contempla la *función* como variable de ajuste, a pesar de que en repetidas ocasiones (nuestro grupo lo ha hecho) se ha demostrado que los resultados esperables en mortalidad, estancia media, consumo de recursos de atención directa y de pruebas diagnósticas son diferentes para cada grupo funcional.

En definitiva, el envejecimiento de la población plantea problemas especiales a los sistemas sanitarios, exige conocimientos especiales en los profesionales de la salud, y requiere instrumentos especiales para la toma de decisiones correctas en el ámbito individual y poblacional. Hasta el momento, y a pesar de una progresiva toma de conciencia de la situación, se ha hecho énfasis únicamente sobre las estructuras de soporte social que la generación de incapacidad plantea en el anciano. Los sistemas de salud se muestran refractarios a evaluar su papel y a la corrección de sus actuaciones.

Bibliografía

1. Baztán JJ. Análisis de la organización de servicios de salud para los ancianos: revisión de la evidencia científica. En: Rodríguez Mañas y Solano Jaurrieta, editores. Bases de la atención sanitaria al anciano. Madrid: SEMEN; 2001.
2. Solano JJ. Sistemas de gestión y control de calidad en la atención al anciano. En: Rodríguez Mañas y Solano Jaurrieta, editores. Bases de la atención sanitaria al anciano. Madrid: SEMEN; 2001.
3. Baztán JJ, Suárez F, López-Arrieta J, Rodríguez Mañas L, Rodríguez Artalejo F. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. *BMJ*. 2009; 338:b50 doi:1136/bmj. b50
4. Solano JJ. Síndrome metabólico y envejecimiento. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009; 44: 335-41.