

Asistencia a ancianos en instituciones cerradas

A. de Miguel Gavira¹

A la memoria de mi padre, fallecido a los 90 años

No podemos evitar, cuando meditamos sobre este tema los que estamos en la edad presenil, una sensación semejante a la que nos embarga a todos cuando tratamos el tema de la donación de sangre: si no estaremos haciendo algo por nuestro propio futuro.

No es desconocida por nadie la progresiva inversión de la pirámide de edades (figuras 1 y 2). De ella se deduce que actualmente los varones mayores de 64 años constituyen el 11,57% de la población total y las mujeres el 15,91%. Se trata de una población muy frágil, económicamente débil y socialmente silenciosa, que tenemos la obligación de cuidar, sin que sirva de excusa descargar sobre la familia un peso muchas veces insostenible.

La idea a desarrollar en este artículo es que no vale "café para todos". Las necesidades y, lo que es más de señalar, el coste de la asistencia varía de unos ancianos a otros, de manera que tanto despilfarro supone mantener al anciano en el hospital — porque la familia se niega a hacerse cargo de él — como asilar a otro en una residencia para válidos cuando necesita de la atención de un grupo de especialistas para mantenerse en condiciones aceptables de vida en lo que le quede que, recordémoslo, tiene tanto valor para él, y debe tenerlo para nosotros, como el que tenga el resto de su vida para un joven de 20 años.

Por tanto, intentamos establecer una gradación en los niveles asistenciales de los establecimientos (que se asocia a un coste por estancia) y en las incapacidades de los ancianos, debiendo estar relacionados ambos parámetros. En la tabla 1 se da clasificación de los tipos de centros.

Unidad Geriátrica de Corta Estancia.— Es una estructura que presta atención a pacientes geriátricos con enfermedades agudas o agudización de enfermedades crónicas, en régimen de

hospitalización, dentro de un servicio de geriatría de un hospital general.

Sección Geriátrica (o unidad geriátrica de media estancia).— Esta estructura supone un cierto grado de independencia administrativa y asistencial, respecto a las demás secciones hospitalarias (por lo general, en el marco de un servicio de medicina interna). Suelen crearse cuando el número de enfermos geriá-

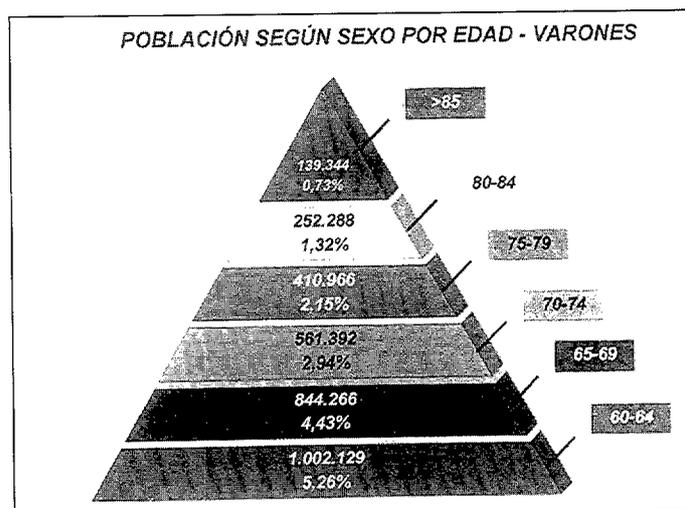


Figura 1. Distribución por edad de la población, a partir de los 60 años (varones)

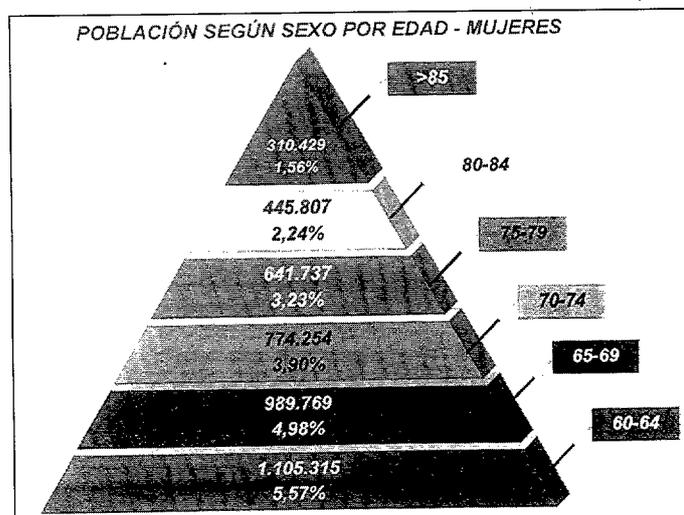


Figura 2. Distribución por edad de la población, a partir de los 60 años (mujeres)

Tabla 1. Tipos de centros asistenciales geriátricos

DEPENDIENTES DE SANIDAD	DEPENDIENTES DE ACCIÓN SOCIAL
Servicio de Geriatría hospitalario Unidad Geriátrica de Corta Estancia Sección Geriátrica	Residencia Asistida
Unidad Geriátrica de Larga Estancia	Residencia para Válidos

¹ GB.San.Med.
Subdirector de Asistencia Sanitaria del ET.

Asistencia geriátrica

tricos es elevado. Debe disponer también de una infraestructura hospitalaria adecuada para sus ingresados y de personal sanitario especialmente entrenado. Asiste a aquellos ancianos que por su patología compleja, aun sin que sea de carácter agudo, necesitan un elevado nivel de asistencia especializada.

Unidad Geriátrica de Larga Estancia.— Es una unidad cuya misión es atender a enfermos geriátricos que presentan un tipo de cronicidad invalidante, como consecuencia de un proceso agudo o la agravación de uno crónico, de forma que no les permite valerse por sí mismos. Necesitan, además de asistencia para las necesidades elementales de la vida, atención sanitaria permanente. Dichas unidades deben depender orgánica y funcionalmente de servicios de geriatría o medicina interna de un hospital, si bien no es preciso que exista una integración física.

Residencias Asistidas (incluye residencias para no válidos y residencias mixtas).— La totalidad de la atención o parte de ella se dedica a ancianos no válidos. Estos ancianos no presentan enfermedades agudas, pero requieren la asistencia médica normal del anciano más la derivada del padecimiento de una invalidez específica, lo que implica mayor cobertura médica de la que exigiría la simple ancianidad, además de un aumento muy importante de la relación personal auxiliar/enfermo.

Residencias para Válidos.— Se trata de centros que acogen ancianos cuya problemática es de tipo socio-económica y cuya capacidad física se encuentra en los grados 0-1 ó A de las diferentes clasificaciones. Disponen de servicios médicos limitados a lo que pudiera denominarse "cuidado médico del anciano normal", es decir control de patología crónica propia del anciano como hipertensión, diabetes, cardiopatías...

Este conjunto de unidades y centros, que suponen una gradación en la asistencia, se refiere sólo a los aspectos asistenciales en régimen de ingreso. Es posible que esta relación dé una imagen demasiado limitada en el conjunto de la asistencia geriátrica, por lo que debe integrarse en un cuadro más amplio.

Es evidente que la atención geriátrica debe extenderse fuera del hospital, como ocurre por otra parte con otras especialidades. Ha de distinguirse por tanto entre asistencia en régimen de internamiento y asistencia ambulatoria.

Siguiendo en parte la comunicación de Aparicio Gonzalo al XVIII Congreso Internacional de Medicina y Farmacia Militar, la asistencia ambulatoria se refiere a tres áreas: a) evaluativa (física, psíquica, funcional y social), b) ayuda a domicilio (visi-

tadoras, asistencia puntual y ayuda de tercera persona), y c) rehabilitadora (fisioterapia, terapia ocupacional y terapia de grupo).

No es el objetivo de este trabajo extendernos en la asistencia en régimen ambulatorio, por lo que únicamente nos referiremos a dos aspectos: la valoración y la asistencia puntual.

La valoración debe aplicarse tanto a los pacientes internados (para determinar si hay adecuación entre el centro y el estado global del paciente) como a los domiciliarios, para valorar la ayuda necesaria o la necesidad de internamiento. Deben pues crearse "equipos de valoración" constituidos al menos por un internista, un psicólogo y un asistente social. La valoración debe hacerse en términos de "individuo total" y no debe constituirse simplemente con un diagnóstico o una sucesión de diagnósticos.

Como "asistencia puntual" nos referimos a aquella requerida para actos concretos: hacerle al anciano la compra diaria o la comida, acompañarle en sus salidas fuera de casa, etc.

Con respecto a la evaluación de la capacidad de los ancianos para valerse, únicamente vamos a referir las dos clasificaciones que nos parecen más útiles (tablas 2 y 3).

Los individuos del grupo A-B ó 0-1 estarían mejor en su domicilio, siempre que haya algún miembro de la familia que conviva con ellos.

Los pertenecientes a los grupos C ó 2-3, si no conviven con uno o más familiares que dediquen una parte importante del día a su atención, requieren residencias para válidos.

Los pacientes de los grupos D ó 4-5, si no presentan problemas añadidos —crónicos o agudos—, fuera de la patología anteriormente citada, requieren residencias asistidas.

Cuando se añaden patologías que exceden a las propias de la ancianidad, los enfermos requieren unidades geriátricas de larga estancia.

Existe un grupo de ancianos que no puede ser encasillado según estos cuadros, ya que presentan una incapacidad psíquica. En efecto, a partir de un cierto grado de deterioro psíquico, los enfermos deben permanecer en centros psiquiátricos especializados, no pudiendo ser ingresados en los centros usuales. En la tabla 4 se da una clasificación útil de los grados de incapacidad psíquica.

Puede estimarse que a partir del grado 2 no resulta posible su estancia en centros no especializados, no sólo por sí mismos

Tabla 2. Clasificación de incapacidad física (modificado de Stieglitz)

Clase A	Individuos capaces de actividad limitada y no vigilada a quienes, sin peligro, puede permitirse la circulación por la ciudad
Clase B	Capaces de actividad moderada. Puede permitirse su circulación por las cercanías de su alojamiento. Pueden requerir acompañante para desplazamientos mayores
Clase C	Capacidad limitada. Sus actividades requieren vigilancia y ayuda. Limitados a moverse por su alojamiento. Requieren acompañante en la calle
Clase D	Confinados al lecho o a su inmediata proximidad
Clase E	Individuos ciegos o cuya visión es tan defectuosa que no pueden valerse por sí mismos

Tabla 3. Grados de incapacidad física (Cruz Roja)

0	Se vale totalmente por sí mismo. Anda con normalidad
1	Realiza suficientemente los actos de la vida diaria. Deambula con alguna dificultad
2	Tiene alguna dificultad en los actos diarios por lo que, en ocasiones, necesita ayuda. Deambula con apoyo de bastón o similar. Parcial incontinencia o incontinencia total.
3	Grave dificultad con bastantes actos de la vida diaria. Deambula difícilmente, ayudado al menos por una persona. Incontinencia ocasional
4	Necesita ayuda para casi todos los actos. Deambula ayudado, con extrema dificultad (2 personas). Incontinencia habitual
5	Inmovilizado en cama o sillón. Necesita cuidados de enfermería

Tabla 4. Grados de incapacidad psíquica

0	Totalmente normal
1	Algunas "rarezas". Ligera desorientación en el tiempo. Se puede hablar con él cuerdamente
2	Desorientación en el tiempo. Conversación posible pero imperfecta. Conoce bien a las personas, aunque a veces olvida alguna cosa. Trastornos del carácter, sobre todo si se disgusta. Incontinencia ocasional
3	Desorientación. Imposible de mantener una conversación lógica. Reconoce a las personas. Claros trastornos del humor. Actúa de forma inexplicable por temporadas. Frecuente incontinencia
4	Desorientación. Alteraciones mentales que la familia o el médico han etiquetado ya de demencia. Incontinencia total habitual
5	Demencia senil avanzada. Vida vegetativa. Agresivo o no. Incontinencia

sino por las alteraciones que provocan en la población de ingresados en cualquier residencia no psiquiátrica. Por lo tanto, a la clasificación expuesta al principio deberían añadirse las residencias psiquiátricas.

Efectuada esta doble clasificación, por una parte de los ancianos según sus necesidades asistenciales y por otra de los establecimientos, resulta evidente que debe existir una adecuación entre la capacidad del anciano y el establecimiento de ingreso. La adecuación es importante por dos motivos importantes: 1) la correcta asistencia al anciano, y 2) la exigencia de una cuidadosa administración de los recursos económicos escasos, como todo el mundo sabe.

Es obvio que la secuencia creciente de centros, según su capacidad asistencial va ligada a un progresivo incremento en el coste de la estancia. Las siguientes cifras pueden ser un ejemplo, a título orientativo: residencia de válidos (extremadamente variable), residencia mixta (5.500 pta/día), residencia asistida (7.000 pta/día), unidades geriátricas de larga estancia (25.000 pta/día), cuidados intensivos (50.000 pta/día).

Las clasificaciones anteriormente expuestas no tienen un carácter permanente: por imperativo biológico, el anciano va sufriendo un deterioro constante, lo que requiere una valoración

actualizada y su ubicación en el centro que pueda proporcionar la asistencia más idónea en cada momento.

No debe permitirse que las residencias para válidos se carguen progresivamente de no válidos pues el personal, especialmente el auxiliar será pronto insuficiente y la residencia tenderá al caos.

Posiblemente el mayor problema es el planteado por las residencias mixtas, las cuales tienen una importante ventaja: evitan desplazar al anciano de su hábitat (con lo que ello supone de traumático para él), cuando alcanza los primeros grados de invalidez. Pero por otro lado, en una buena gestión, no es permisible que una residencia mixta quede ocupada al 100% con no válidos. Debe establecerse un porcentaje de no válidos/válidos y no permitir que sea desbordado, estableciendo comunicaciones institucionales entre centros, tanto en sentido ascendente (a mayor asistencia) como descendente.

Un asunto, nada marginal, es la financiación. Cada anciano ha de pagar aquella parte del coste de su asistencia que, según su pensión, le corresponda. Habitualmente dicha parte viene a ser del 70%. La pensión debe financiar su asistencia, aunque nunca la financiación será más que una pequeña parte del precio de la estancia. Es posible que no deba establecerse un porcentaje rígido, debiendo determinarse la cuantía que el anciano necesita para sus gastos, progresivamente decrecientes. Hasta la totalidad del coste obviamente saldrá de donde tenga que hacerlo: ISFAS, presupuestos del MINISDEF o de donde proceda.

Considerando la Red Hospitalaria Militar y los distintos establecimientos dependientes de Acción Social, su integración a la asistencia a ancianos sería la siguiente (figuras 3 a 5):

— Geriátrica hospitalaria.— En los hospitales militares, tal como se efectúa ahora.

— Unidad geriátrica de larga estancia.— Se dispone del Hospital "Generalísimo Franco" pero, además, dado el exceso de camas de los hospitales de la red hospitalaria militar, sería fácil establecer en ellos unidades geriátricas de larga estancia.

— Residencias asistidas.— Actualmente el Ministerio de Defensa mantiene conciertos por ejemplo con "Los Olmos". Sería posible, dado el exceso de camas en los hospitales de la red, crear residencias asistidas en ellos. Por ejemplo, en Cuidados Mínimos del Hospital "Gómez Ulla" o en pabellones o plantas independientes en otros hospitales de la red, previo el oportuno estudio.



Figura 3. Hospital Militar "Gómez Ulla". Madrid



Figura 4. Hospital Militar "Generalísimo Franco".

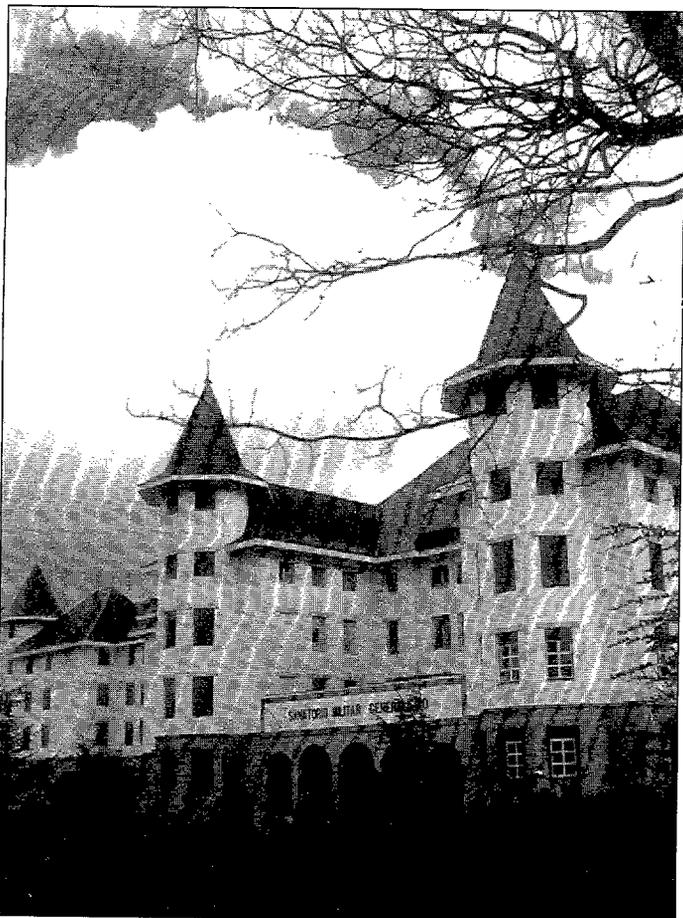


Figura 5. Sanatorio Militar "Generalísimo Franco". Guadarrama

— Residencias mixtas.— Ya hemos señalado, previa determinación del tanto por cierto de no válidos, nuestra predilección por estos centros, en oposición a las residencias exclusivas para válidos: el Sanatorio "Generalísimo Franco" de Guadarrama, la Residencia "Los Molinos" y las residencias para viudas de Madrid, Burgos, Zaragoza y Barcelona podrían cumplir esta función.

Finalmente, debemos reiterar la necesidad de vías fluidas de traslado de ancianos de unos a otros centros y la creación de los "equipos de valoración".

FUENTES CONSULTADAS

1. Aparicio Gonzalo JL. Comunicación al XVIII Congreso Internacional de Medicina y Farmacia Militar (no publicado).
2. Martínez Gómez JM, García Fernández JL. Unidades de Larga Estancia. JANO 1980.
3. Departamento de Salud y Seguridad Social. Clasificación of Staff en homes for the elderly. London 1977.
4. Guillén Lera F. Ayuda a domicilio. Aspectos médicos en Geriátria. Rev Esp Geriatr 1972;4.
5. Service for the elderly. IX Conference on Hospital Services in Europe. World Hospital 1979;25(1-2).
6. Guillén Lera F. Unidad Geriátrica. JANO 1980.
7. Barrio E, Rosso C, Gilsanz J. Ensayo de Unidad de Cuidados Intermedios en el Servicio de Medicina Interna. Arch Fac Med Madrid 1976;39:221-230.
8. García Navarro JA, Muñoz Romero C, Rivera Casado. Valoración Geriátrica en Asistencia Primaria. JANO mayo 1997.
9. Stieglitz EJ. Medicina Geriátrica. Barcelona: Salvat, 1956.
10. Gertman PM, Restucca JD. The apropiationess evacuation protocol. Med Care 1981:19.
11. National Medical Service Medical Care of the Elderly. Lancet 21-05-77.