

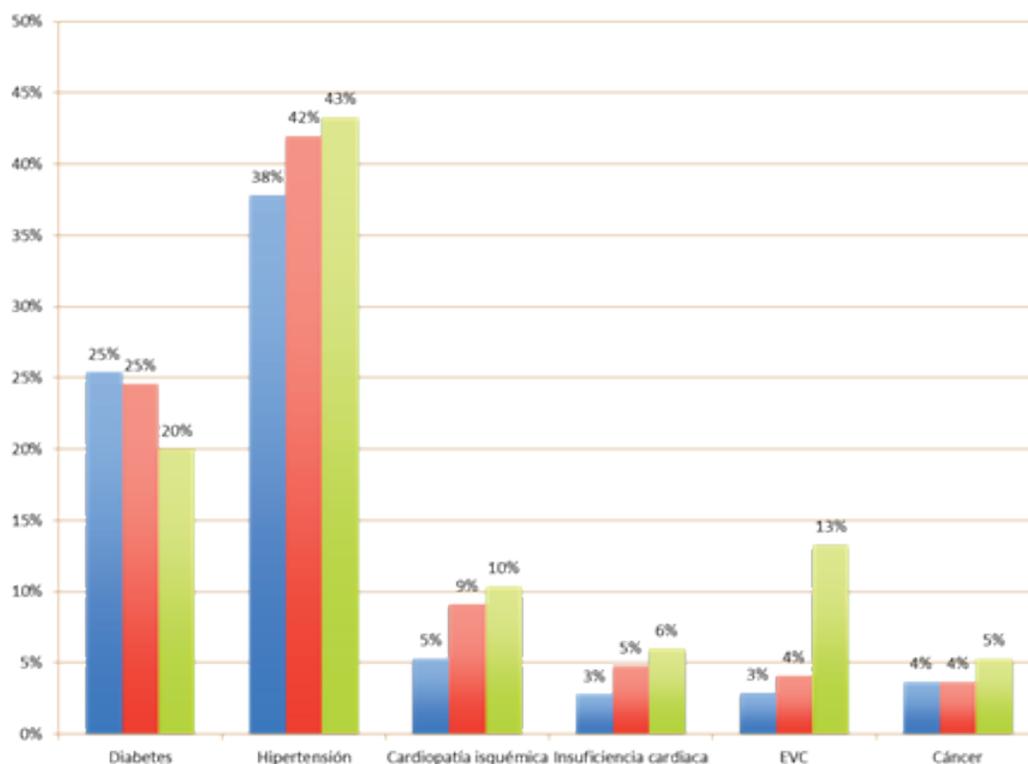
## INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional se acompaña del incremento en las enfermedades crónicas (ECNT) y sus consecuencias. Aunado a lo anterior se reconoce que existen otras características que definen a la morbilidad geriátrica, como la multimorbilidad (2 o más enfermedades concomitantes), la presentación atípica y la proclividad al deterioro funcional, especialmente entre los más viejos (1,2,3). Junto con las ECNT, los síndromes geriátricos (SG), tales como las caídas, el maltrato, la polifarmacia y los déficit neurosensoriales, son altamente prevalentes, multifactoriales y asociados a detrimento de la calidad de vida y de la funcionalidad. Reconocemos claramente sus implicaciones y la necesidad de traducir este conocimiento para su aplicación en políticas de salud adecuadas (4,5).

## RESULTADOS

- Si bien la prevalencia de ECNT durante la vejez es alta, tiende a disminuir entre los más viejos.
- Los SG más frecuentes son: déficit visual (45% de los ancianos), auditivo (40%), ambos (28%), caídas (32%) y anorexia (22%). Todos estos síndromes se incrementan proporcionalmente con la edad; por tanto, son los mayores de 80 años quienes con mayor frecuencia los padecen (figuras 1 y 2).
- Los SG son más frecuentes que las ECNT: v.gr, mientras que la hipertensión arterial (HTA) se encuentra en 44% de las personas ancianas, el déficit visual ocurre en 65% de los individuos del mismo grupo etario.

Figura 1. Prevalencia de enfermedades crónicas en personas de 60 y + años.



Fuente: ENSANUT 2012.

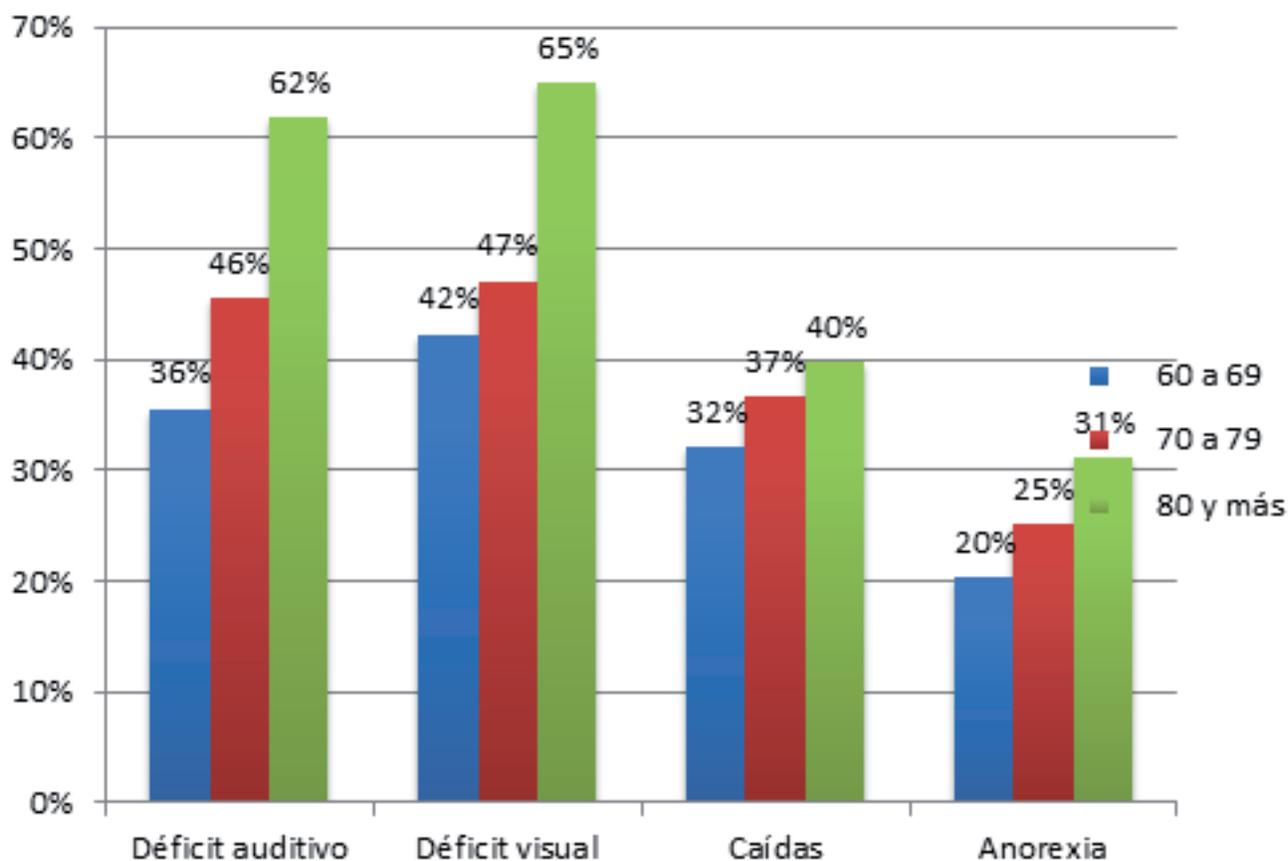
- En cuanto a las ECNT, el mayor riesgo de deterioro funcional se encuentra en personas con antecedente de evento cerebro-vascular (ECV) o insuficiencia cardíaca, especialmente, entre los mayores de 80 años. Al revisar otras fuentes de información se encuentra que la artrosis y el dolor también son causas importantes de discapacidad en esta población. Por otro lado, el riesgo de deterioro funcional en presencia de más de un SG –por ejemplo, déficit visual y auditivo– es el doble, si se compara con no tener ninguno. Dicho riesgo es mayor al que presenta una persona con más de 5 ECNT o con antecedente de ECV.

- La multimorbilidad grave (más de 5 afecciones concomitantes) no está necesariamente relacionada con la edad: entre 7 y 10% de todas las personas mayores de 60 años lo presentan, sin importar si son seniors (de 60 a 74 años) o centenarios (99 años y más). Además, conforme incrementa el número de enfermedades –independientemente de la edad– aumenta la probabilidad de discapacidad, llegando casi hasta 80% en personas con más de 5 patologías concomitantes.

#### RECOMENDACIONES

La respuesta del sistema de salud al cambio demográfico debe enfocarse en la prevención

Figura 2. Prevalencia de síndromes geriátricos en población de 60 y + años-



Fuente: ENSANUT 2012.

y el abordaje integral efectivo de los factores de riesgo para el desarrollo de la dependencia funcional. Un paso importante es el desarrollo de investigación epidemiológica para generar recomendaciones y guías específicas, centrada en ECNT tales como los ECV y la insuficiencia cardíaca, los SG y la multimorbilidad, enfatizando en mayores de 80 años. En este sentido, el Reporte en Salud Mundial del 2012, de la OMS –“Sin investigación, no hay salud”–, argumenta que para alcanzar el acceso universal y equitativo a los servicios de salud, una de las vías es la investigación y las políticas fundamentadas en el conocimiento generado (4, 5); sin embargo, menos de 10% de las políticas públicas en salud se fundamentan en evidencia científica (6).

En el caso específico de las ECNT, son muchos los esfuerzos que se realizan para prevenir y retrasar su aparición; no obstante, es necesario plantear un abordaje integral desde la perspectiva de curso de vida –empezando en el control prenatal–, así como ahondar en las especificidades terapéuticas y pronósticas en la población adulta mayor. Cabe resaltar que es necesario integrar a las enfermedades crónicas en un solo grupo, por ejemplo, parte de los factores de riesgo para enfermedad isquémica, intolerancia a la glucosa, osteoporosis, etc, están determinados por el peso al momento del nacimiento.

Aunado a lo anterior, las guías de práctica clínica, tradicionalmente, se desarrollan para el abordaje de una sola entidad; sin embargo, en los ancianos las sinergias entre diferentes patologías son lo común. Ceñirse al seguimiento estricto de cada una de estas guías puede llevar a elevados costos de la atención, iatrogenia y, por ende, mal pronóstico, de ahí la importancia del acercamiento multifactorial e integrador. De la misma forma, es imprescindible reconocer el carácter multifactorial y la necesidad del abordaje integral de los síndromes geriátricos: basado en

la evaluación geriátrica, un paradigma que rompe con la unidireccionalidad del enfoque tradicional.

La cobertura universal en salud, sola, no es suficiente; es necesaria la cobertura universal de beneficios y, en el caso específico de las personas adultas mayores, la inclusión de estrategias preventivas, terapéuticas y de rehabilitación oportunas.

### ACCIONES

#### *Clínicas:*

- Revisión y desarrollo de guías de práctica clínica, interdisciplinarias, específicas para los síndromes geriátricos, con abordaje de multimorbilidad, adaptadas al sistema de salud. Dados los altos costos de la atención, y el compromiso en la funcionalidad que implican se propone –junto con la evidencia disponible a favor de la intervención– comenzar con las guías de prevención de las caídas y de déficit neurosensorial. Dichas guías deben centrarse en el paciente y en la expectativa de vida. Adicionalmente, difundir especificidades en el abordaje de las ECNT en la población adulta mayor.

#### *Investigación:*

- En el enfoque de multimorbilidad y de determinantes del deterioro funcional.
- Si bien hay recursos farmacológicos reconocidos para la prevención y el tratamiento del ECV, hay carencias significativas en términos de atención multidisciplinaria y de rehabilitación, y se requiere investigación al respecto.
- Para no continuar infiriendo resultados de grupos etarios diferentes –con los riesgos implicados–, es necesario construir el conocimiento en los ancianos más viejos o en fase terminal.
- En el abordaje integral diagnóstico y terapéutico de los SG y las ECNT como grupos.
- Desarrollo de estudios longitudinales, con pers-

pectiva de curso de vida, que permitan esclarecer factores de riesgo para desarrollar discapacidad y deterioro funcional, así como su abordaje integral y oportuno.

### Políticas:

- Trabajar en la óptima traducción del conocimiento producido desde la investigación, para la adecuada práctica institucional, local y nacional. Por ejemplo, implementación del plan nacional, intersectorial, con perspectiva de curso de vida, para la prevención de las caídas o contra el déficit auditivo.
- Incluir en los sistemas de registro oficiales (SINAIS), las entidades específicas de la vejez.
- Incluir rehabilitación física, neurosensorial y cognoscitiva en el CAUSES.

### CONCLUSIONES

Detectar precozmente el riesgo o la presencia de deterioro funcional, y los factores de riesgo que lo propician, ha de ser el principal objetivo para todos los profesionales que se dediquen al cuidado de los ancianos. La meta es incrementar los años libres de discapacidad y mejorar la calidad de vida. Se requiere de más investigación para definir las estrategias precisas para este abordaje.

### AUTORES

Victoria Eugenia Arango Lopera, Instituto Nacional de Geriátría  
victoriaarango1@gmail.com

Mario Ulises Pérez Zepeda, Instituto Nacional de Geriátría  
ulises.perez@salud.gob.mx

Luis Miguel Gutiérrez Robledo, Instituto Nacional de Geriátría  
luismiguelgutierrez@prodigy.net.mx

### Escribanos:

**contacto.geriatria@salud.gob.mx**

### REFERENCIAS

1. Barranrtes-Monge M, García-Mayo EJ, Gutiérrez-Robledo LM y Miguel-Jaimes A. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. Salud Publica Mex 2007;49 suppl 4:S459-S466.
2. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangiasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. Ageing Res Rev 2011;10(4):430-39
3. Nobili A, Garattini S, Mannuccio Manunucci P. Multiple diseases and polipharmacy in the elderly: challenges for the internist of the third millennium. Journal of Comorbidity 2011;1:28-44
4. Inouye S, Studenski S, Tinetti M y Kuchel G. Geriatric Syndromes: Clinical, Research, and Policy Implications of a Core Geriatric Concept. J Am Geriatr Soc 55:780-791, 2007
5. Boulton C, Green AF, Boulton LB, Pacala JT, Snyder C, Leff B. Successful models of chronic care for older adults with chronic conditions: evidence for the Institute of Medicine's "retooling for an aging America" report. J Am Geriatr Soc 2009;57(12):2328-37.