

**COLABORACION ESPECIAL****VALORACION DE NECESIDAD EN EL ANCIANO****Juan Antonio Aguado Mingorance, Georgina Burgos Gámez y José Luis Gastón Morata**

Distrito Sanitario Alpujarra. Orgiva (Granada).

**RESUMEN**

El crecimiento de la población de ancianos constituye un desafío para la sociedad en general y para los servicios de salud en particular en lo que se refiere a la ordenación y adecuación de la oferta. Es importante conocer el estado de salud y las necesidades de nuestra población anciana para determinar las prioridades de intervención, y por otra parte para medir la eficiencia y efectividad de los programas.

Conforme avanzan los años los órganos del cuerpo envejecen de forma diferente, lo que conduce a variaciones individuales en la velocidad de deterioro de los órganos y sistemas; por ello no existe una escala razonablemente buena de la salud física global en oposición, por ejemplo, a las áreas del estado funcional y de la salud psicológica. Determinadas actitudes culturales ante el envejecimiento y la disponibilidad de atención a la salud también dificultan la medición. Por todo esto, la historia del paciente anciano debe realizarse bajo una óptica integral, mediante una búsqueda sistemática de problemas y una valoración global de sus necesidades de salud.

**Palabras clave:** Valoración del anciano. Necesidades de salud del anciano. Anciano y necesidad.

**ABSTRACT****Assesment on Necessity in Elderly People**

The increase of ancient population constitutes a challenge for society in general and for the health services in particular in relation with the offer planning and adequacy. It is important to know the health needs and status of our old people population to determine the intervention priorities and, on the other part, to measure the programmes efficiency and efficacy.

As years go on, body organs get old in a different way, which leads to individual variations in the speed of organs and systems deterioration; that is why, a reasonable good scale of and overall health does not exist in contrast with functional status and psychological health. Certain cultural attitudes towards aging and the health care resources availability make measurement more difficult, as well. For all elaborated with and overall point of view, by means of a systematic search of problems and a total valuation of his health needs.

**Key words:** Ancient valuation. Ancient health needs. Ancient and necessity.

**INTRODUCCION**

Es una realidad que los ancianos generan una gran presión asistencial que, hasta el momento actual, se ha manejado con los mismos criterios y protocolos empleados en el adulto

no anciano, sin tener en cuenta las características de este grupo de edad, lo que puede contribuir al fracaso de tales protocolos.

La valoración del anciano consiste en la cuantificación de todos los atributos y déficits importantes médicos, funcionales y psicosociales, con el fin de conseguir un plan racional de tratamiento, atención y recursos. Es de naturaleza multifactorial, por lo que exige un equipo multidisciplinario con instrumentos de valoración estandarizados<sup>1</sup>.

## Propósitos de la valoración

Los principales propósitos de la valoración serían:

- A) Investigación de enfermedad tratable.
- B) Diagnóstico cuidadoso, tanto médico como de problemas funcionales, psicológicos y sociales.
- C) Plan terapéutico racional.
- D) Asegurar el uso apropiado de los servicios.
- E) Documentación de los cambios en el tiempo.

La mejoría en la precisión del diagnóstico debe dar especial valoración a la investigación sistemática de los problemas tratables no establecidos, en vez de responder únicamente a las molestias específicas.

En el plan terapéutico se deben considerar las pautas inadecuadas y enfermedades yatrogénicas, además de su costo.

En cuanto al uso apropiado de los servicios de salud, es, en esencia, el paso a la acción de una decisión tomada por los usuarios, de la cual esperan obtener un beneficio para su salud o bienestar. No toda necesidad se traduce en demanda, ni a una demanda se sigue forzosamente una utilización; mientras que, por otro lado, puede haber demanda y utilización sin una verdadera necesidad del servicio que se está utilizando.

## Necesidades de salud

Estas necesidades englobarían todos aquellos estados de salud susceptibles de ser atendidos en los servicios sanitarios, así como la necesidad de dicha atención. La relación que se establece entre las necesidades de salud y la utilización de los servicios ha sido sugerido plenamente. Lo importante es saber la fuerza o naturaleza de la relación dosis-respuesta. Con respecto al valor dosis-respuesta, entre necesidad y utilización, empleando la gravedad como criterio indicador de la dosis, se revisa y describe en la literatura médica como se produce una relación de utilización ante los problemas de

salud, independientemente de otras consideraciones sociales o económicas.<sup>2,3</sup>

La necesidad, en términos de salud, es un concepto impreciso, que condiciona la existencia de diversos métodos para medirlo. A pesar de todos los intentos de clasificar correctamente la necesidad, lo cierto es que parece razonable que sea la propia percepción del individuo la más influyente en su decisión de contactar con el médico, y que el juicio del médico influya sobre la subsiguiente utilización del servicio<sup>6</sup>.

La adecuación es otro de los conceptos invariablemente unido a utilización de servicios y necesidades de salud; ésta va a ser el punto de partida para definir si una persona utiliza de manera óptima los servicios de salud, tanto para ella misma como para la sociedad<sup>4,5</sup>. La importancia viene dada porque un pequeño porcentaje de personas, independientemente de la edad y el sexo, son los que realizan una mayor proporción de visitas al médico. Asimismo, se pueden analizar comportamientos de hipoutilización, pero con grandes necesidades no atendidas; en cuyo caso estamos ante una utilización no óptima, aunque en términos monetarios inmediatos sea aparentemente la más rentable<sup>6</sup>.

En general, los individuos que, probablemente, se beneficiarán más de la valoración son aquéllos que están en los grupos socioeconómicos más bajos, que han tenido una atención médica inadecuada y que tienen redes de apoyo social pobres<sup>7</sup>.

## Valoración de la salud física

Probablemente, la cuantificación de la salud física es la parte más difícil del proceso de valoración y la mayoría de los programas no realizan un verdadero intento de cuantificación, sino una lista de diagnósticos médicos y medicaciones, debido a las múltiples facetas de la salud física.

Un concepto potencialmente útil, que debería desarrollarse, es el CE o "cociente de edad", análogo a la prueba de CI, en que la edad psicológica podría ser determinada para cada sistema orgánico principal, en contraste con la edad real, y sopesado de acuerdo a la im-

portancia relativa de cada sistema orgánico en la determinación de la esperanza de vida <sup>1</sup>.

Los instrumentos existentes para la medida de la salud física tienden a ser demasiado específicos de la enfermedad o bien del sistema orgánico, por lo que no proporcionan un factor común para la comparación de pacientes con diferentes diagnósticos.

Otros parámetros que podrían medirse y mantienen una cuantitativa relación con la salud física real son: uso de servicios médicos, actividades diarias restringidas, cantidad de diagnósticos específicos y autovaloraciones del nivel de dolor, malestar y salud general. Las mayores limitaciones de estos parámetros de medida son: subjetividad en las autovaloraciones y dificultad en la cuantificación de entidades diagnósticas, síntomas o signos. Así pues, no existe una escala razonablemente buena de salud física global <sup>9</sup>.

### Valoración de la capacidad funcional

La capacidad funcional no sólo es posible cuantificarla de una manera que no es po-

sible en la salud física general, sino que es un área muy susceptible a la intervención, de forma que puede documentarse fácilmente la mejoría. Además, el estado funcional es probablemente el mayor determinante de la situación de vida en la que permanecerá el individuo después del tratamiento y del tipo de asistencia que necesitará.

Las medidas de la capacidad funcional pueden reunirse en dos niveles: las escalas que cuantifican las actividades básicas de la vida diaria (AVD) que debe realizar un individuo para vivir independientemente sin la necesidad de una asistencia demasiado frecuente, y las escalas que describen los instrumentos de AVD más complejos (IAVD) que necesita un individuo para estar capacitado para vivir completamente independiente en una comunidad, sin asistencia de ningún tipo.

Las escalas AVD incluyen generalmente funciones tales como alimentación, continencia, baño, vestido, traslado y uso de los lavabos (índice de Katz de AVD) <sup>8</sup>, (tabla 1).

**TABLA 1**  
**Índice de Katz**

Baño:	Independiente: Ayuda sólo para lavar una zona o se baña enteramente solo. Dependiente: Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera, o no se baña solo.
Vestido:	Independiente: Coge la ropa de cajones y armarios, se la pone, puede abrocharse; se excluye el acto de atarse los zapatos. Dependiente: No se viste por sí mismo o permanece parcialmente vestido.
Uso del WC	Independiente: Va al W.C. solo, se arregla la ropa, se asea los órganos excretores. Dependiente: Precisa ayuda para ir al W.C.
Movilidad:	Independiente: Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo. Dependiente: Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos.
Continencia esfinteriana:	Independiente: Control completo de la micción y defecación. Dependiente: Incontinencia parcial o total de la micción o la defecación.
Alimentación:	Independiente: Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Dependiente: Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral.

Las escalas IAVD incluyen funciones como las de la utilización del teléfono, manejo del dinero, utilización de transporte público, preparación de la comida, compra y manejo de los medicamentos<sup>10</sup>.

## Valoración de la función mental

El anciano puede terminar los últimos años de su vida en una residencia, solo en su casa o con hijos de una manera fija o por temporadas. Las características de esa convivencia, a veces desarraigada y socialmente pobre, posiblemente repercuten en su bienestar psíquico.

La valoración del estado mental incluye la medida del funcionamiento cognoscitivo y afectivo. Entre los ancianos existe una gran prevalencia de disminución de la capacidad intelectual y de estados depresivos, presentándose especialmente agudas las interrelaciones entre las disminuciones físicas y mentales. En este grupo de edad los cambios del estado mental suelen estar asociados a enfermedades agudas o crónicas. La pérdida sensitiva puede también producir síntomas de afectación mental y muchos fármacos autoprescritos y prescritos pueden afectar la función mental<sup>11,12</sup>.

Lo mismo que en la interrelación del funcionamiento mental y físico, el funcionamiento social afecta a los parámetros mentales.

El funcionamiento mental puede valorarse de varias maneras, incluidos los exámenes del estado mental no estructurados, las entrevistas estructuradas y semiestructuradas que permiten una graduación, cuestionarios autocomplementados, frecuencias observadas y pruebas psicológicas formales<sup>13</sup>.

### *Funcionamiento cognoscitivo*

Incluye varias subcategorías que van de la simple orientación en el tiempo, lugar y persona hasta el pensamiento abstracto y la resolución de problemas, aunque la valoración no necesita incluir todas las dimensiones. En la desorientación severa y la pérdida de memoria,

puede suponerse que está ausente la capacidad superior de razonamiento y, al contrario, si existe esta última, estarán presentes las anteriores.

A continuación se describen cuales son algunas de las pruebas más útiles y específicas de la función cognoscitiva del anciano.

La prueba mano-cara está basada en la capacidad del individuo para reconocer simultáneamente estímulos táctiles en la mejilla y en la palma<sup>14</sup>, y es útil para distinguir los pacientes psicóticos de los que presentan lesión cerebral, ya que los pacientes psicóticos pueden identificar el lugar de los estímulos.

La prueba de grupo es una prueba fácil utilizada para identificar la presencia y el nivel de demencia senil<sup>15</sup>, en la que se le pide al individuo que nombre la mayor cantidad posible de ejemplos de animales, frutas, colores y países. Se adjudica un punto a cada uno por encima de 10 en cada categoría. Una puntuación por debajo de 15 se aproxima mucho al diagnóstico de demencia senil.

### *Funcionamiento afectivo*

Existe escaso consenso en cómo medir la depresión en el anciano. En el lenguaje común se utiliza la depresión para describir el mal humor, por lo que existe bastante ambigüedad en su utilización. El Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM III) proporciona criterios operativos para la depresión.

Las escalas de la depresión se basan principalmente en la presencia de indicadores somáticos de un estado de humor deprimido, pero dichos síntomas pueden estar en relación a una mala salud física más que a la depresión. La mayoría de las escalas de depresión son complejas por lo que presentan dificultades en la administración en el anciano, particularmente en aquellos con algún déficit físico. Las elecciones en la escala van desde "algún tiempo" a "la mayor parte del tiempo", pudiendo así antagonizar a la persona anciana forzándola a reconocer que tiene algún síntoma. Otros abogan por la utilización de la elección "ninguna vez o

pocas veces". La mayoría de los puntos tienen un componente sustancialmente psicofisiológico <sup>16</sup>.

## **Función social**

Muchos consideran la salud como el principal componente de la calidad de vida y como la auténtica estructura del bienestar social, olvidando que, a su vez, la salud tiene sus determinantes económicos y sociales que favorecen o dificultan vivir en salud.

La valoración del funcionamiento social es crítica en el cuidado del anciano, ya que se relaciona con el funcionamiento mental y físico, el bienestar social que aumenta la capacidad para hacer frente a problemas de salud y de limitaciones funcionales, constituyendo su adecuada función un resultado importante por sí mismo <sup>7</sup>.

En general, los conceptos de salud social son excesivos, y no se ha conseguido un acuerdo universal en sus componentes, además es difícil relacionar los componentes debido a la naturaleza subjetiva de la mayoría de los parámetros. Aspectos tales como la calidad de vida tienen cualidades subjetivas diferentes, tanto desde la perspectiva del sujeto como del entrevistador <sup>17</sup>.

Se puede afirmar que lo que se llama calidad de vida reúne todos los elementos que condicionan, objetiva y subjetivamente, esa situación de bienestar social que se funda en la experiencia individual y colectiva de la población frente a la vida social <sup>18</sup>.

Existen instrumentos genéricos aplicables a diferentes poblaciones, que cubren normalmente los aspectos principales de la calidad de vida. Así tenemos el Perfil de Salud de Nottingham (tabla 2) y los Factores de Riesgo de Institucionalización (tabla 3).

**TABLA 2**

**Perfil de salud de Nottingham: Lista de ítem y sus pesos**

<b>MOVILIDAD FISICA</b>	
Me cuesta coger las cosas	9,30
Me cuesta agacharme	10,57
Me cuesta subir y bajar escaleras	10,79
Me cuesta estar de pie mucho rato	11,20
Sólo puedo andar dentro de la casa	11,54
Me cuesta vestirme	12,61
Necesito ayuda para caminar fuera de casa	12,69
Soy totalmente incapaz de andar	21,30
	<hr/>
	100,00
<b>DOLOR</b>	
Tengo dolor al subir y bajar escaleras	5,83
Tengo dolor cuando estoy de pie	8,96
Tengo dolor al cambiar de postura	9,99
Tengo dolor cuando estoy sentado	10,49
Tengo dolor al andar	11,22
Tengo dolor por las noches	12,91
Tengo un dolor insoportable	19,74
Tengo dolor constantemente	20,86
	<hr/>
	100,00

**TABLA 2 (Continuación)**

<b>SUEÑO</b>	
Me despierto antes de la hora	12,57
Me cuesta mucho dormirme	16,10
Duermo mal por las noches	21,70
Tomo pastillas para dormir	22,37
Me paso la mayor parte de la noche despierto	27,26
	<hr/>
	100,00
<b>ENERGIA</b>	
Enseguida me quedo sin fuerzas	24,00
Todo me cuesta un esfuerzo	36,80
Siempre estoy fatigado	39,20
	<hr/>
	100,00
<b> AISLAMIENTO SOCIAL</b>	
Me cuesta llevarme bien con la gente	15,97
Me resulta difícil contactar con la gente	19,36
Creo que no tengo a nadie en quien confiar	20,13
Me siento solo	22,01
Creo que soy una carga para los demás	22,53
	<hr/>
	100,00
<b>REACCIONES EMOCIONALES</b>	
Los días se me hacen interminables	7,08
Tengo los nervios de punta	7,22
He olvidado qué es pasarlo bien	9,31
Ultimamente me enfado con facilidad	9,76
Todo me deprime	10,47
Me despierto desanimado	12,01
Las preocupaciones me desvelan por la noche	13,95
Siento que estoy perdiendo el control	13,99
Creo que no vale la pena vivir	16,21
	<hr/>
	100,00

**TABLA 3**

**Factores de riesgo de institucionalización**

Más de 70 años
Soledad
Demencia
Inmovilización
Duelo reciente
Ausencia de parientes de apoyo en las cercanías
Problemas médicos múltiples
Mujer
Depresión
Aislamiento social
Alta reciente de hospital

Las medidas de utilidad, que forman el otro componente de este grupo, se derivan de la teoría económica del bienestar y reflejan las preferencias de los pacientes por un determinado tratamiento o programa. La calidad de vida se mide en una escala que va de 0 = muerte a 1 = salud perfecta, y tiene la ventaja de proporcionar un índice numérico que puede utilizarse en el análisis coste-utilidad. Un ejemplo de este tipo es la matriz de Rosser, aunque no están exentas de problemas teóricos y prácticos<sup>19, 20</sup>.

## BIBLIOGRAFIA

1. Rubenstein LZ, Abrass EI. Valoración geriátrica en: Exton-Smith. Geriatria. Barcelona. Ed. Pediátrica, 1988.
2. Kohn R, White KL et al. Health Care, an international study. Nueva York: Oxford University Press, 1976.
3. Hulka BS, Kupper LL, Cassel JC. Determinants of physician utilization: approach to a service-oriented classification of symptoms. *Med Care* 1972; 10: 300-309.
4. Wamoscher Z. The Returning Patient: A survey of patient with High Attendance Rates. *JR College Gen Practitioners* 1966; 11: 166-173.
5. Smith DM, Norton JA, Weinberger M et al. Increasing Prescribed Office Visits: A Controlled Trial in patients with diabetes mellitus. *Med Care* 1986; 24: 189-199.
6. Delgado A. Influencia de la necesidad y otras variables individuales en: Revilla, de la L. Factores que intervienen en los servicios de salud. Barcelona: Doyma, 1991: 11-19.
7. Revilla L. Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud. Monografías Clínicas en Atención Primaria. Barcelona: Ed Doyma, 1991.
8. Katz S, Downs T, Cash HR, Grostz RC. Progress in the development of the index of activities of daily living. *Gerontologist* 1970; 10: 20-30.
9. Bonal Pitz P. Factores determinantes de la utilización de servicios asistenciales por los mayores de 65 años [tesis doctoral], Sevilla: Universidad de Sevilla, 1991.
10. Lawton MP, Brody EN. Assessment of older people; self maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9: 179-186.
11. Sáenz MC, Mateos R, Valero LF. Consumo de medicamentos y características socioeconómicas de las familias salmantinas. Libro de comunicaciones del 2 Congreso Nacional de Salud Pública y Administración Sanitaria. Madrid: Servicio Nacional de Salud, 1987.
12. Turabian JL, Juanes JR. Automedicación y cumplimiento farmacológico en una consulta de atención primaria. *Gac Sanit* 1989; 14: 510-513.
13. Kane RL, Oslander JG, Abrass IB. *Prac. Care Geriatric Pat Nueva York: McGraw-Hill.* 1984.
14. Fink M, Green M, Bender MB. The face-hand test as a diagnostic sign of organic mental syndrome. *Neurology* 1952; 2: 46-59.
15. Isaacs B, Kennie AT. The set test as an aid to the detection of dementia in old people. *Br J Psychiatry* 1973; 132: 467-470.
16. Salzman C, Shader RI. Clinical evaluation of depression in the elderly. En: Roskin A Jarwik L. *Psychiatric Symptoms and Cognitive loss in the Elderly: evaluation and assessment techniques.* Washington, DC: Hemisphere Publishing, 1979.
17. Consejería de Salud y Servicios Sociales de la Junta de Andalucía. Factores relacionados con la salud de los ancianos. *Boletín Epidemiológico de Andalucía* 1989; 4: 39-41.
18. Fanego Fernández A. Calidad de vida en los ancianos del Zaidín-Sur. Trabajo de campo. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1991.
19. Liga Española Para la Lucha contra la Hipertensión Arterial. La hipertensión arterial en atención primaria: recomendaciones para su detección, evaluación y control. Madrid: Ed. Abellán y Martínez. 1991.
20. Alvarez M, Alaiz AT, Brun B et al. Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el índice de Katz. *Fiabilidad del método.* *Atenc Prim* 1992; 10: 812-816.