

BUTLLETÍ  
**mèdic**

Col·legi Oficial de  
Metges de Lleida

Núm. 35 · Juliol de 2002



**L'atenció  
a la gent gran**



- ANÀLISIS CLÍNICS
- ANATOMIA PATOLÒGICA
- APARELL DIGESTIU
- CARDIOLOGIA I APARELL CIRCULATORI
  - ✓ Eco-Doppler
  - ✓ Holter
- CIRURGIA GENERAL I DIGESTIVA
- CIRURGIA PLÀSTICA I REPARADORA
- CIRURGIA VASCULAR
  - ✓ Doppler computeritzat
  - ✓ Eco-Doppler vascular
  - ✓ Reconeixements cardio-vasculars
  - ✓ Unitat trombo-embòlica
- ENDOCRINOLOGIA I NUTRICIÓ
- ENDOSCÒPIA DIGESTIVA
- GINECOLOGIA I OBSTETRICIA
- GENÈTICA PRE-NATAL
- PARTS
- MEDICINA INTERNA
- MEDICINA NUCLEAR
  - ✓ Gammagrafia
- OFTALMOLOGIA
- ONCOLOGIA MÈDICA
- OTO-RINO-LARINGOLOGIA
- PEDIATRIA
- PNEUMOLOGIA
- RADIODIAGNÒSTIC
  - ✓ Radiografia
  - ✓ Ecografia
  - ✓ Mamografia
  - ✓ Ecocardiograma
  - ✓ Doppler
- \* TRAUMATOLOGIA I ORTOPÈDIA
- \* UROLOGIA



## NOVA ÀREA QUIRÚRGICA

- QUIRÒFANS
- SALA DE PARTS
- SALA D'ANESTÈSIA I REANIMACIÓ

EQUIPATS AMB FLUX LAMINAR I  
TECNOLOGIA D'ÚLTIMA GENERACIÓ



HABITACIONS INDIVIDUALS  
LLIT AUTOMATITZAT  
GASOS MEDICINALS  
LLIT PER A L'ACOMPANYANT  
TELÈFON  
TV  
BANY COMPLET  
CLIMATITZACIÓ INDEPENDENT

C/ BISBE TORRES, 13 TEL. 973 26 63 00  
a Lleida des de 1917

Número 35, juliol de 2002

**Edició:**  
Col·legi Oficial de Metges  
de Lleida  
Rambla d'Aragó, 14, altell  
25002 Lleida  
Telèfon: 973 27 08 11  
Fax: 973 27 11 41  
e-mail: comll@comll.es  
http://www.comll.es  
butlletimedic@comll.es

**Consell de Redacció:**  
Miquel Butí Solé  
Manel Camps Surroca  
Ignasi Casado Zuriguel  
Joan Clotet Solsona  
Elena Franco González  
Josep M. Greoles Solé  
Albert Lorda Rosinach  
Emili Ortoneda Mayoral  
Àngel Pedra Camats  
Eduard Peñascal Pujol  
Ferran Pifarré San Agustín  
Joan Prat Corominas  
Carles Roca Burillo  
Àngel Rodríguez Pozo  
Teresa Utges Nogués  
Joan Viñas Salas

**Director:** Joan Flores González  
**Edició a cura de:**  
Magda Ballester. Comunicació  
**Disseny i maquetació:**  
Baldo Corderroure  
**Correcció:** Dolors Pont  
**Publicitat:** COML  
**Fotomecànica:** Euroscript, SL  
**Impressió:** Artgràfic 2010, SL  
Dipòsit legal: L-842/1996  
ISSN: 1576-074 X

Butlletí Mèdic fa constar que el contingut  
dels articles publicats reflecteix únicament  
l'opinió de llurs signants

### TARIFES PUBLICITÀRIES

Preus per insercions al  
Butlletí Mèdic (6 números/any)

OPCIÓ 1	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
1 Contraportada externa	120.000 PTA
1 Contraportada interna	80.000 PTA
4 Pàgines interiors	50.000 PTA
<b>Preu total insercions:</b>	<b>400.000 PTA</b>
OPCIÓ 2	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
6 Pàgines interiors	50.000 PTA
<b>Preu total insercions:</b>	<b>300.000 PTA</b>
OPCIÓ 3	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
6 Mitges pàgines interiors	25.000 PTA
<b>Preu total insercions</b>	<b>150.000 PTA</b>

Els fotollits van a càrrec del client.  
Aquests preus no inclouen l'IVA del 16%

# El cuidado de los ancianos

Los ciudadanos mayores de 65 años representaban hace sólo una década el 16% de la población española. Dentro de diez años representaran el 20%, o sea unos nueve millones de personas. Además, en los últimos veinte años han cambiado los hábitos sociales y, en la actualidad, son poco habituales los hogares donde conviven tres generaciones como antaño. La incorporación generalizada de la mujer al mercado laboral, la escasez y el encarecimiento de la vivienda han favorecido este cambio de costumbres.

Pocos años atrás, ingresar a un anciano en un centro especializado era considerado casi un pecado. La familia escondía o evitaba hablar de este hecho. En cambio, hoy día nos hemos concienciado de que las personas mayores, la mayoría con carencias físicas e intelectuales importantes, deben ingresar en una institución para recibir cuidados adecuados y profesionales, respetando siempre los principios de autonomía, dignidad y privacidad de esas personas. Tales cuidados son difíciles de garantizar en una casa familiar, aunque la familia debe continuar en contacto con el anciano y formar parte de las nuevas relaciones que éste desarrolle en la residencia.

En España hay registradas 3.700 residencias, con 190.000 plazas, y sólo una cuarta parte son públicas. Esta dotación es claramente insuficiente y representa la mitad de la que tienen los países de la Comunidad Europea.

Una mínima previsión de futuro debe obligarnos a planificar la creación de plazas, ya sean públicas o privadas, y a controlar las residencias desde la Administración para que cumplan los necesarios requisitos sociales y sanitarios.



## sumari

### Els avis, a casa o a la residència?

Dres. E. Álvarez i A.B. Vena, Drs. Joan Ibars i Ramon Sánchez, Sr. Pere Espuñes i Dra. Marta Gabernet

PÀGINA 4

### Pacientes de tercera edad

Dres. A.B. Vena i E. Álvarez, Dr. Àngel Rodríguez i Dra. Elena Franco

PÀGINA 14

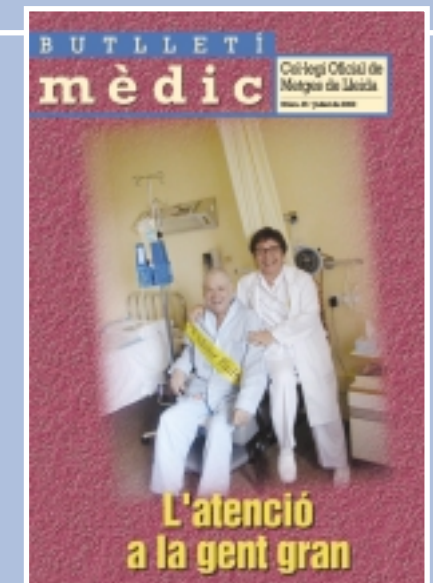


Foto: Dres. Vena i Álvarez

# Els avis, a casa o a la residència?

*Atendre la gent gran a casa o ingressar-la en una residència és un decisió complexa. Dos factors bàsics influeixen en aquesta decisió: el canvi d'hàbits socials, amb la desaparició de la figura tradicional de la dona cuidadora i la reducció del nucli familiar, i l'estat físic i mental dels padrins i padrines, que demana sovint unes atencions sociosanitàries específiques difícils de proporcionar en un domicili.*

## Criterios y objetivos del ingreso en residencias

En el informe técnico 779 de la OMS "La salud de las personas de edad" (Ginebra, 1989), se señala en relación a los cuidados a largo plazo para ancianos dependientes que "si bien la atención comunitaria es preferible en la mayoría de los casos, es incorrecto pensar que el ingreso en una institución para recibir cuidados a largo plazo es inadecuado". Los cuidados residenciales deben de ser contemplados no como alternativos, sino más bien como complementarios de los cuidados en la comunidad. Un ejemplo de esto lo constituyen las estancias temporales en las residencias que ayudan a fomentar la permanencia del anciano en la comunidad al contribuir a la descarga del cuidador.

La identificación de los ancianos con alto riesgo de institucionalización constituye con frecuencia un problema complejo. Para ayudar a resolverlo disponemos de un instrumento adecuado y preciso en las manos de los profesionales acreditados. Se trata de la valoración geriátrica integral. Ésta debe de ser exhaustiva y multidisciplinar, preservando en lo posible los deseos y la autonomía del anciano.

Los factores de riesgo de institucionalización identificados son diversos: edad > 75 años, sexo femenino, viudedad reciente, alta hospitalaria reciente, dependencia para la movilidad y el autocuidado, incontinencia de esfínteres,

tendencia a las caídas, deterioro cognitivo, vivir solo y escaso soporte social (formal e informal).

En un intento de mejorar la indicación de ingreso definitivo se han propugnado como criterios del mismo la presencia de al menos tres de las siguientes y son imprescindibles dos indicaciones de las tres primeras:

- 1) Deterioro funcional parcial o total.
- 2) Deterioro cognitivo moderado-grave.
- 3) Incontinencia de esfínteres.
- 4) Mínimas posibilidades de recuperación.
- 5) Imposibilidad para permanecer en el domicilio aunque cuenten con ayudas sanitarias o sociales adecuadas.

Parece claro que el ingreso en una residencia está motivado por el grado de dependencia y por el apoyo y la red social existente en torno al anciano.

Las patologías más frecuentes que conducen a la institucionalización son, por orden de frecuencia, 1/3 demencias, y de los 2/3 restantes, un 65% patologías cerebrovasculares, un 15% enfermedad de Parkinson, un 8% patologías osteoarticulares y un 6% fracturas de cadera, mientras que el resto corresponde a amputaciones, neoplasias, cardiopatías y bronconeumopatías, según datos de las ULE británicas, que se correlacionan con las *nursing homes* o residencias americanas.

Las residencias son definidas por la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) como "centros gerontológicos abiertos, de desarrollo personal y atención sociosanitaria interprofesional, en los que viven temporal o permanentemente personas con algún grado de dependencia".

Los objetivos de los cuidados residenciales son:

- Procurar un entorno seguro y adaptado a las necesidades de personas con enfermedades crónicas y dependientes.

- Maximizar la autonomía individual, en el sentido bioético del término, la capacidad funcional y la calidad de vida.

- Estabilizar y retrasar, si es posible, la progresión de la enfermedad crónica.

- Prevenir la aparición de complicaciones agudas y subagudas interrecurrentes, reconocerlas y atenderlas lo más eficaz y adecuadamente posible cuando ocurren.

Para cumplir estos objetivos es necesario realizar la valoración geriátrica multidimensional previa al ingreso y en el momento del mismo (a ser posible dentro de los 15 primeros días). La existencia de protocolos que contemplen la evaluación de las diferentes áreas de salud (médica, valoración geriátrica, funcional, mental y social) junto con una serie de datos administrativos, legales y relacionados con la "toma de decisiones" constituyen un conjunto mínimo de datos necesario para las sucesivas evaluaciones posteriores del residente y para la monitorización de los cambios que puedan detectarse.

Las revisiones de estas valoraciones deberían de ser al menos trimestrales en aspectos básicos como la situación funcional, afectiva, nutricional, continencia de esfínteres, diagnósticos clínicos y uso de medicaciones.

Las medidas preventivas se establecerán en función de la patología y del tipo de fármacos que consuma el residente, por ejemplo, Hb glicada trimestral o glucemia capilar en los diabéticos, control trimestral de la función renal y Hb en los tratados con AINES.

En pacientes con inmovilismo y con incontinencia urinaria la prevención debe de realizarse de manera continuada para evitar las úlceras por presión, deshidratación, desnutrición, etc. en el primer caso, y para evitar caídas e infecciones de orina en el segundo.

En cuanto al programa de vacunaciones se recomienda, además de la antigripal de forma anual, la vacunación antineumocócica y antitetánica. También sería indicado al ingreso en el centro la realización del Mantoux.

Sería aconsejable considerar de antemano y constatar por escrito las preferencias del residente o, si está incapacitado, del tutor legal en lo referente a toma de decisiones como "RCP", traslado al hospital y uso de sonda nasogástrica para nutrición enteral.

En lo que se refiere al tema de la prescripción farmacológica debe de ser individualizada, monitorizando las posibles interacciones y riesgos y evitando la polifarmacia y el abuso de ciertos grupos farmacológicos como los psicotropos. El número y la necesidad de fármacos debería de revisarse de forma periódica.

La evaluación de la calidad de cuidados en las residencias contempla dos áreas fundamentales: la psicosocial, que se referiría a preservar los derechos del residente, y la asistencial o médica, que observaría la evolución de la estructura y recursos, proceso de cuidados y los resultados (principalmente la aparición de complicaciones no deseadas como úlceras, iatrogenia, caídas, etc.).

Los derechos del residente que deberían preservarse son:

- Privacidad: derecho a estar solos, sin ser molestados y sin que nadie se entrometa en sus asuntos.

- Dignidad: reconocimiento del valor intrínseco de la persona, en toda circunstancia, respetando su individualidad y necesidades personales.

- Autonomía: posibilidad de actuar y pensar sin tener que referirse a otra persona, incluyendo la voluntad de asumir cierto grado de riesgo calculado.

- Elección: posibilidad de elegir libremente entre una serie de opciones.

- Derechos civiles: mantenimiento de todos los derechos asociados a la ciudadanía.

- Satisfacción: realización de las

aspiraciones y capacidades personales en todos los aspectos de la vida diaria.

Respecto a los indicadores de calidad asistencial, las diferentes administraciones tanto en España como en el Reino Unido y América propugnan las siguientes guías:

- El papel del director médico como responsable de la política de cuidados del residente y coordinador de los mismos.

- El papel asistencial del médico que lo obliga a ver al residente al menos una vez al mes durante los tres primeros meses y posteriormente una vez cada dos meses, aunque puede delegar algunas de estas visitas en otros miembros del equipo.

- Valoración del residente: que debiera ser integral, exacta, estandarizada y reproducible.

Consta de un "conjunto mínimo de datos" que deben recogerse en los primeros 14 días del ingreso. Recoge información inicial (habitualmente de enfermería) sobre 16 aspectos que posteriormente, en función de las respuestas iniciales, pueden completarse con la aplicación de alguno de los 18 protocolos establecidos sobre problemas y síndromes geriátricos prioritarios. Éstos, además de los habituales, incluyen como más específicos úlceras por presión, uso de sondas de alimentación, uso de psicotropos y restricciones físicas. Este conjunto mínimo de datos fue la base inicial de la que se extrajeron datos para la elaboración de los "Grupos de Utilización de Recursos-RUG" como sistema de clasificación de residentes en grupos homogéneos de necesidad de cuidados ("case mix") (Fries, *Medical care*,

1989). Posteriormente este instrumento ha mostrado su utilidad para calcular el consumo de recursos de pacientes geriátricos en residencias y en otros niveles asistenciales geriátricos.

- Derechos del residente: a elegir médico, a recibir atención médica en privado, a solicitar información médica, a ser informado sobre su estado de salud y a rechazar un tratamiento.

- Restricciones físicas: el residente debe estar libre de cualquier restricción física o química por motivos de disciplina o conveniencia y no requerida por sus síntomas médicos.

- Guías para el tratamiento farmacológico, especialmente psicotropos: se intenta disminuir la prescripción inadecuada de psicotropos.

En definitiva, son varios los factores que hacen diferentes, y a menudo complejas, la valoración y el tratamiento de los ancianos en las residencias respecto de otros niveles asistenciales:

· Los objetivos del plan de cuidados son con frecuencia diferentes, como hemos visto previamente.

· La mayor prevalencia de enfermedades específicas e incapacitantes en los ancianos institucionalizados (ACVA, fractura de cadera, demencia, incontinencia urinaria, ICC, EPOC, DM, depresión, malnutrición, deshidratación, UPP, entre otras).

· La valoración funcional y mental son tan importantes como los diagnósticos médicos.

· La valoración debe de ser interdisciplinaria, incluyendo: valoración de enfermería, psicosocial, rehabilitación, nutricional y otras (dental, podología, audición, visión, etc.).

· Las fuentes para obtener la información son variables:

- El paciente puede no estar en disposición de dar información precisa sobre su estado de salud.

- La información con frecuencia debe de ser obtenida a través del teléfono.

- Los miembros de la familia desconocen a menudo los antecedentes médicos del residente.

· La toma de decisiones clínicas se puede complicar por varias razones:

- Muchas pruebas diagnósticas son caras, no están disponibles o son difíciles de obtener e implican un alto riesgo de iatrogenia y de disconfort que puede oscurecer el

● El grado de dependencia y el apoyo social son criterios básicos para decidir

resultado obtenido.

- El potencial beneficio a largo plazo de un control "fino" de ciertas enfermedades crónicas como DM, ICC o HTA puede ser mínimo en comparación con el riesgo de iatrogenia en los residentes muy viejos o en los que presentan un importante deterioro funcional.

- Muchos residentes no están en condiciones de poder participar en la toma de decisiones médicas y sus preferencias personales basadas en decisiones previas son con frecuencia desconocidas.

- El lugar apropiado (derivación o no a otro nivel asistencial) para el tratamiento y su intensidad es una decisión en muchos casos difícil, que engloba consideraciones médicas, éticas, económicas, emocionales y legales.

**Dra. E. Álvarez Darriba y  
Dra. A. B. Vena Martínez**

*Servei de Geriatria de l'Hospital de Santa Maria (Lleida)*

#### BIBLIOGRAFIA

1. Documento consenso de la SEGG. *Salud y asistencia geriátrica*. REGG; 29, supl 2:

- González-Montalvo, J.L. "La organización de los cuidados continuados". Pág. 23-26.

- Pérez del Molino, J. "La relación servicio de geriatría-Atención primaria de salud". Pág. 27-32.

2. Cassel ChK, et al. (eds.). *Geriatric Medicine* (3ª ed.). Springer, 1997:

- Kane, R.L.; Kane R.A. "Long-term care". Pág. 81-97.

- Guslander, J.G.; "The physician and the care of the nursing home patient". Pág. 97-108.

3. Tallis, R.C.; Fillit, H.M.; Brocklehurst, J.C. *The Brocklehurst's Textbook of geriatric medicine and gerontology* (5ª ed.). Churchill Livingstone, 1998.

- Brocklehurst, J.C. "Lont-term care - United Kindom". Pág. 1551-1558.

- Ouslander, J.G. "The American nursing home". Pág. 1559-1566.

4. Ribera, J.M.; Gil, P. *Atención al anciano en el medio sanitario*. N° XIV de la serie Clínicas Geriátricas 1998:

- Mora, J. "Los programas de atención a domicilio: planteamiento desde el hospital". Pág. 149-160.

- Salgado, A. "Unidades de media y larga estancia: conceptos y críticas". Pág. 161-168.

- Trinidad, D. "La residencia como alternativa: ¿cuándo, cuáles y cómo?" Pág. 185-202.

- Rodríguez, P. "La sociedad española y los cuidados de larga duración". Pág. 211-222.

5. *Essentials of Clinical Geriatrics* (Robert L. Kane, Joseph G. Ouslander, Itamar B. Abrass), Third edition.

## Residencias de ancianos y atención

Las residencias de ancianos han sido hasta hace poco frecuente objeto de noticias escandalosas relacionadas con el precario estado de los ancianos allí institucionalizados. En algunas de éstas, a nuestro juicio mal llamadas residencias, los pacientes han vivido hacinados en precarias condiciones higiénico-sanitarias y psicológicas, con pocos recursos económicos y culturales, condenados a una vida de ostracismo social, donde vegetar hasta la muerte. Quizás por ello todavía existen muchas reticencias a la idea de institucionalizarlos o a ser institucionalizados en un centro de la tercera edad, porque se cree que estos lugares son insalubres, tienen una ínfima asistencia sanitaria y el anciano es olvidado y condenado a una muerte social prematura.

En contra de estas ideas, la concepción moderna de residencia, tanto en sus aspectos conceptuales como estructurales, organizativos y de recursos, se vincula al fenómeno fisiológico y social del envejecimiento y se centra en la belleza de la ancianidad en la sociedad actual. La concepción moderna se centra en el proceso de envejecimiento, de maduración física, psíquica y social del individuo y, paralelamente, en las asociadas pérdidas, déficits, dependencias y necesidad de cuidados.

¿Por qué se necesitan las residencias?

La sociedad actual se enfrenta a un fenómeno cualitativamente nuevo: el progresivo alargamiento de la esperanza de vida, que conlleva una mayor longevidad de la población y, a su vez, unas progresivas expectativas de esta población de disfrutar de este exceso de vida con la mejor de las calidades. La mayoría de la población no sólo espera vivir más sino vivir mejor, como bien queda reflejado en el eslogan "añadir vida a los años y no años a la vida".

Sin embargo, este incremento de la longevidad conduce inexorablemente al aumento de las

patologías crónicas y de la dependencia física y mental de los ancianos. A su vez, este fenómeno demográfico y sanitario se produce en una sociedad donde el rol familiar cambia al mismo ritmo acelerado y adaptativo de las tecnologías y la sociedad entera. La pérdida de la estructura familiar extensa, e incluso la desmembración de la familia nuclear, conduce a un vacío en la figura del cuidador. Este proceso está marcadamente acelerado por la incorporación masiva de la mujer al mundo laboral y por la mayor duración de los estudios de los hijos.

Estos hechos condicionan la demanda insistente de la población de instituciones y organismos públicos o privados que atiendan y se hagan cargo del cuidado que precisan los ancianos y que la familia se ve incapaz de ofrecer.

¿Qué aportan las residencias?

La residencia se convierte en una necesidad de primer orden, ya que puede ofrecer una gama variada de servicios complejos que estos ancianos precisan y que, difícilmente, pueden obtener a través de familiares cuidadores y/o profesionales aislados que presten sus servicios a domicilio. La atención médica, de enfermería, de rehabilitación física, de psicoestimulación cognitiva y el soporte familiar, entre otros, son algunos de los servicios más destacados. Dentro de la atención sanitaria, el control del tratamiento farmacológico, a menudo en pacientes polimedados y auto-medicados, son cuidadosamente supervisados por cuidadores preparados. Así mismo, un adecuado

Las residencias son hoy una necesidad de primer orden

control dietético y nutricional requiere conocimientos y técnicas precisas y complejas que han de individualizarse.

Es necesario, además, dar soporte a los familiares de los enfermos con trastornos cognitivos, porque esta patología es difícil de entender para los miembros que han convivido una larga vida juntos y a los que ahora les es difícil la convivencia y se convierten en "cuidador de 36 horas al día".

Estas medidas, globalmente, reducen la frecuencia de descompensaciones y la necesidad de hospitalización de los ancianos, causa importante en sí misma de morbilidad y mortalidad y de gran disconfort para los mismos.

¿Quiénes son los clientes potenciales?

De una u otra manera, una gran mayoría de la población es en el futuro candidata potencial a los servicios de las residencias, ya que en algún momento de la vida la situación de mayor o menor dependencia va a hacer necesaria una atención que, por su complejidad y dedicación horaria, difícilmente puede ser satisfecha por la familia. El riesgo, por el contrario, es convertirse en un anciano itinerante, que cambia de lugar, de cuidador y de entorno periódicamente, o a ser abandonado en el domicilio familiar al ostracismo, la reclusión y los cuidados inadecuados con el sentimiento de haberse convertido en una carga molesta e insoportable.

Desde la atención primaria opinamos que las residencias son instituciones necesarias en el ámbito asistencial para el cuidado de la población anciana, dependiente o limitada funcionalmente, con las cuales es imprescindible coordinarse y participar de objetivos comunes.

Los profesionales de atención primaria no deberían contemplar las residencias como una amenaza en su trabajo ni como una carga extraordinaria añadida a las ya existentes. El papel que puede cumplir la institución pública ha de ser de apoyo a los profesionales (médicos, enfermeras, rehabilitadores, entre otros), que allí trabajan y formar una red social bien estructurada y armónicamente coordinada, que facilite la accesibilidad de los ancianos a pruebas complementarias y a dispensa-

Deben coordinarse todos los organismos que intervienen en este tema

ción de medicación.

Es necesario que la administración sanitaria también se implique en la planificación y en la dotación de recursos a la atención primaria, así como en la concertación con instituciones y organizaciones privadas y en la articulación de medidas que permitan una coordinación permanente de todos los organismos que intervienen: unidades geriátricas hospitalarias, equipos de hospitalización a domicilio, programas de ATDOM, residencias, enfermeras de enlace y demás profesionales.

**Drs. Joan Ibars Solsona i  
Ramon Sánchez Pellicer**  
*Metges d'atenció primària*

## L'experiència de gestionar una residència d'avis

Per tal d'exposar la nostra visió particular del que és una residència i què implica gestionar-la, ens hem de situar en primer lloc en els nostres orígens. Formem una família de nou germans i la mare. Varem rebre una educació fonamentada en els principis de l'estimació i el respecte, tant entre nosaltres com al pròxim. Aquest llegat, juntament amb una sèrie de circumstàncies familiars que varem viure, ens va dur a plantejar-nos, ara fa 10 anys, entrar en el món de l'ancià. El nostre primer contacte es va produir a través de l'inestimable con-

sell i ajuda d'una entitat amb més de 100 anys d'experiència, les Germanetes del Pobres, amb les quals mantenim des de sempre una bona relació. Aquest conjunt d'elements ens va conduir a endegar un 1 de novembre el que va passar de ser una idea, un projecte, un somni, a ésser una realitat, i per què no dir-ho, la nostra vida.

Així va ser com un grup bastant heterogeni de persones, però amb una idea comuna, vàrem començar la nostra activitat als afores de Lleida, amb una dedicació completa i amb molta il·lusió, tot i que dins del grup no hi havia professionals ni del món sanitari, ni social, ni amb prou feines empresarial.

La nostra filosofia ha estat sempre intentar que els avis se sentin com a casa seva, respectant al màxim, i dins del possible, les individualitats de cada un i procurant que se sentin estimats i en un entorn familiar tan agradable com sigui possible i ben adaptat a les seves necessitats. És a dir, que l'atenció a l'avi, la neteja, la cura, el manteniment i la millora del seu entorn, han estat sempre en el primer pla de les nostres preocupacions. També val a dir que des del començament hem estat una residència totalment oberta, i no hem seleccionat mai el tipus de client.

Aquesta filosofia, juntament amb el fet d'ésser un sector relativament nou, a més de poc i mal regulat i amb escassa informació pel que fa al cas, ha portat que amb el pas dels anys haguem anat desenvolupant el nostre propi model de gestió, model que s'ha anat construint sobre la base de l'experiència, la dedicació i la cura de l'ancià.

Arribar on som avui no ha estat gens fàcil. Al llarg d'aquests anys ens hem hagut d'anar enfrontant als problemes i reptes que han anat sorgint, i que en un principi eren totalment desconeguts per nosaltres.

Un dels fets que hem observat és una mena de rebuig social contra aquesta activitat. Encara avui està mal vist als ulls de la societat portar l'avi en una residència, i així es crea una opinió general contrària sobre les residències, a més de certs problemes de consciència als familiars que fan ús d'aquest servei i dels quals moltes vegades hem hagut d'ésser participants, amb un

treball psicològic afegit important.

Però com tots sabem, la societat canvia. Actualment hi ha una població bastant envellida i amb patologies associades a la vellesa poc freqüents en el passat. Això, juntament amb la introducció de la dona en el món laboral, ens ha portat a una nova forma de vida a la qual hem d'adaptar-nos.

Aquestes patologies associades a l'edat provoquen en molts casos que els avis requereixin atenció les 24 hores del dia, 7 dies la setmana. Quan aquest estat dura un temps limitat qual-sevol família es mobilitza, però quan la situació es indefinida cal buscar ajuda externa.

Com que la majoria d'avis i famílies el que pretenen és no moure's del que fins llavors ha estat la seva llar i el seu entorn, busquen solucions que els ho permetin i que per sort avui comencen a estendre's, amb programes com la teleassistència, l'assistència domiciliària o simplement llogar personal a casa. Però quan la situació empitjora, aquestes solucions o bé deixen de ser vàlides, o bé són molt cares, i llavors és quan entra en joc la residència, potser com la millor alternativa per tenir cura d'aquests avis. Tot i això, en aquest punt cal remarcar que la residència és una bona alternativa perquè l'avi es trobi en un entorn segur, adaptat a les seves necessitats i preparat per donar-li una atenció quasi integral, però no hem d'oblidar, i per això diem quasi integral, que l'atenció emocional és gairebé més important que les atencions físiques. És en aquest punt on la residència té més limitacions, no perquè no s'intenti, ja que com ja hem dit abans aquesta ha estat sempre la nostra filosofia, sinó perquè el seu punt de referència més important, fins i tot en els avis més senils, és la seva família: i aquesta té el dret i el deure de donar-li el suport emocional. Amb això volem dir que la implicació de la residència en la vida de l'avi s'ha de concretar a oferir seguretat, cura i estimació, però l'experiència ens ha demostrat que mai no podrà esdevenir el lloc on trobar tot allò que només pot donar la pròpia família.

El següent repte que ens hem anat trobant al llarg d'aquests anys, i que ja hem apuntat anteriorment, és que el tipus d'avi que arriba a la nostra residència, i val a dir que a totes, presenta un alt

## Algunes patologies requereixen una atenció de 24 hores i de set dies a la semana

grau de dependència i una complexitat d'atencions important. Més d'un 50% tenen les capacitats cognitives disminuïdes i gairebé en el 100% de casos necessiten ajuda en les AVD.

Això ha comportat que en l'actualitat hi hagi un treballador per cada dos residents, és a dir, una plantilla de 35 persones treballant amb i per als avis, amb noves incorporacions familiars: cunyats i fills, i una quantitat no menys important de personal extern, la qual cosa fa que els costos per aquesta banda siguin els més importants. A més, ens hem hagut d'adaptar a les noves exigències que la normativa a poc a poc ha anat marcant, i incorporar nous professionals. Per tant, hem hagut d'aprendre la millor manera de gestionar tots els recursos per tal d'acudir, sense abaixar el llistó de la qualitat, a una situació inesperada.

Un altre dels problemes més importants que ens hem trobat és, per una banda, la fidelització del personal i, per una altra, la seva organització per trobar un equilibri entre optimització, treball i descans.

Pel que fa a l'organització, avui en dia hem assolit un sistema d'horaris per torns i guàrdies que sembla aconseguir bastant els objectius, però pel que fa a la fidelització, resulta força més complicat. En aquest punt, val a dir que es tracta d'una feina dura, tant des del punt de vista físic com psicològic, s'ha de treballar en festius i a més els convenis d'aquest sector són bastant baixos. Això fa que el personal hagi anat canviant, però, en aquest sentit, nosaltres tenim l'avantatge de nodrir-nos de treballadors per-

tanyents a la nostra pròpia família i, per tant, disposats a donar més de si, i obtenim com a resultat que el padri mai no s'hagi ressentit dels problemes que comporta la manca o el canvi de personal.

Aquest punt ens du al següent aspecte important de la gestió d'una residència: establir un preu adequat per a aquest servei. La residència té per funció cobrir totes les necessitats dels avis i, a més, ho ha de fer dins el mateix centre, així es requereixen unes instal·lacions i una inversió inicial molt importants. A més, avui hi ha una forta pressió per part de l'Administració, amb una normativa que cada cop marca més exigències, que per una banda és excel·lent, però que per una altra no sempre s'adequa ni s'ajusta a la realitat, i s'afegeixen costos de vegades innecessaris. Tot això, lligat amb l'elevat nombre de treballadors necessaris per donar una bona atenció, i que com ja hem dit es tracta del cost més important, fa que el preu d'una residència que ofereixi un bon servei sigui prou elevat com per considerar-se car per a la majoria de la societat. Estem dins d'un sector, que lluny del que es pugui pensar, treballa amb marges força ajustats i de vegades insuficients.

Es en aquest punt on voldríem incidir en el primer, no gran, si no greu problema amb què vàrem haver d'enfrontar-nos, i que no va ser altre que el del finançament. Com ja hem dit, la inversió inicial es fortíssima i realment va ésser terriblement complicat trobar una entitat bancària que arribés a confiar en nosaltres.

Així doncs, uns marges ajustats, entrant així en l'anomenada economia d'escala, i una inversió inicial molt forta i, per tant, inaccessible per a iniciatives amb poc capital, són els motius que comporten que en el sector apareguin grups empresarials importants que fan la inversió construint macroresidències, i que busquen gent externa i professional d'aquest món per portar la gestió. Aquest sector, en aquest sentit, està canviant, s'imposa aquest model, de ben segur més professionalitzat, en detriment de la residència familiar i més petita.

Així doncs, com a resum final, direm que ens trobem en un sector encara poc acceptat, amb problemes importants per trobar personal, en què els marges són força ajustats si ens movem dins

dels preus de mercat, on cal portar una molt bona i complexa gestió, i per suposat comporta molta dedicació per poder donar una atenció de qualitat als padrins. Però, tot i així, és el que sabem fer perquè ho hem après, i el que és més important, és el que ens agrada fer, cuidar padrins, i a més sabem la manera de fer-ho bé, i que no és altra que intentar donar-los el que hom esperaria en la seva situació.

Per això, continuem mantenint la il·lusió del principi, i és amb aquesta il·lusió i gràcies al creixement de la pròpia família que hem iniciat un nou projecte, en aquest cas a Benavent de Segrià, mantenint la mateixa filosofia d'anar millorant cada dia perquè els avis es vagin apoderant de casa nostra per tal de fer-se-la seva.

*Pere Espuñes Basset  
Residència d'avis el Sagrat Cor de  
Lleida i de Benavent de Segrià*

## L'Atenció sociosanitària. Programa Vida als Anys

Catalunya ha estat un país capdavanter en l'atenció sociosanitària i, des de fa 16 anys, ha iniciat un camí propi envers l'establiment d'un model d'atenció diferenciat per determinats col·lectius de pacients que requereixen uns serveis específics.

L'atenció sociosanitària va nàixer l'any 1986 amb la creació del programa Vida als Anys amb la participació dels departaments de Sanitat i Seguretat Social i de Benestar Social, per integrar els serveis socials i sanitaris en una mateixa i única prestació. En aquells moments, això va ser també una via de desenvolupament de centres hospitalaris que no complien els requisits per ser inclosos en la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP) com a llits d'aguts. En aquests centres, amb una sèrie de canvis estructurals i de gestió assistencial, es va iniciar l'atenció específica als malalts crònics i es van transformar en centres sociosanitaris. Al mateix temps, es van crear uns equips de suport per tal de garan-

tir la continuïtat assistencial amb diferents característiques i funcions ben definides i que començarem més endavant.

El programa Vida als Anys es basa en un model d'atenció multidisciplinari, que té com a base fonamental de funcionament el treball en equip, peça clau d'aquest model d'atenció i en què participen metges, diplomats en infermeria, treballadors socials, psicòlegs, auxiliars de geriatria, fisioterapeutes, terapeutes ocupacionals, animadors socioculturals, voluntaris i la família mateixa com a element que integra la globalitat d'objectius d'atenció que presenta el pacient crònic.

Aquest model d'atenció el podem definir com a:

- Integral, ja que dóna resposta a totes les diferents necessitats del malalt (físiques, psicològiques, emocionals, socials...).

- Global, ja que desenvolupa mesures en tots els àmbits d'atenció i estableix sistemes operatius de connexió de recursos tant institucionals com no institucionals.

- Interdisciplinari, basat en el treball d'un equip que analitza conjuntament els problemes i objectius que s'han de seguir en cada pacient.

- Integrador, ja que valora sempre els criteris de retorn a la comunitat i reinserció.

- Harmònic, basat en el desenvolupament de recursos tant en cadascun dels àmbits (hospitals, centres específics, atenció primària...) com en el territori, segons criteris objectius (demogràfics, epidemiològics...).

- Gradual, basat en el seu des-

A Lleida, hi ha 395 places, en set centres, per internar les persones grans

plegament, tant per raons pressupostàries com per avaluar adequadament la qualitat i l'impacte funcional dels recursos.

La seva finalitat és l'atenció al pacient adult amb necessitats complexes d'atenció continuada, bàsicament persones d'edat avançada:

- Persones adultes de qualsevol edat amb malalties cròniques evolutives d'elevada complexitat clínica que condicionen pèrdua funcional i/o cognitiva.

- Persones adultes de qualsevol edat en la fase terminal de la seva malaltia.

- Persones que després de sofrir un procés agut requereixen un període de rehabilitació.

Per dur a terme aquesta atenció es disposa de diferents unitats d'internament, unitats d'atenció diürna i equips de suport que, en el cas de la nostra regió sanitària, s'han desplegat de manera progressiva per tot el territori des dels seus inicis al recentment clausurat Hospital Creu Roja de Lleida l'any 1988. En aquell moment es disposava de 20 places d'internament en un sol centre, i en l'actualitat en disposem d'un total de 395 en 7 diferents centres distribuïts pel territori, 65 places d'hospital de dia en 4 centres i 7 equips de suport que desenvolupen la seva tasca en centres d'aguts i en atenció primària.

### 1. Recursos d'internament

Les unitats d'internament tenen diferents tipologies segons els objectius que presenta el pacient en el moment de l'ingrés i que poden ser tant de tipus sanitari com social. En totes es treballa en equip i la cobertura sanitària està garantida les 24 hores del dia, atesa la complexitat que presenten els pacients.

La coordinació dels ingressos en aquestes unitats es du a terme mitjançant la Comissió Interdisciplinària Mixta Sociosanitària (CIMSS), que es reuneix setmanalment a la regió sanitària i que està integrada per professionals tant sanitaris com de treball social dels diferents centres i equips, amb representació de l'atenció primària i hospitalària i del Departament de Benestar Social, coordinada per la Unitat d'Atenció al Client de la Regió Sanitària de Lleida. La Comissió valora les sol·licituds d'ingrés i proposa una unitat i un

**Taula 1: PVAA-Recursos d'internament. Regió Sanitària de Lleida. Any 2002**

	LLARGA ESTADA	PSICOGERIATRIA	CONVALESCÈNCIA	CURES PAL·LIATIVES	TOTAL RECURSOS
Hospital Jaume Nadal Meroles. Lleida	105	-	10	11	126
Fundació St. Hospital. La Seu d'Urgell	25	-	5	-	30
H. Comarcal del Pallars. Tremp	15	-	5	-	20
Unitat Sociosanitària GSS-HUAV	-	-	22	8	30
H. Jaume d'Urgell. Balaguer	54	-	24	4	82
C. Terraferma. Alpicat	-	105	-	-	105
Espitau Val d'Aran. Vielha	-	-	2	-	2
<b>TOTAL</b>	<b>199</b>	<b>105</b>	<b>68</b>	<b>23</b>	<b>395</b>

centre determinat segons la tipologia del pacient. Aquestes sol·licituds s'adrecen a la nostra unitat mitjançant els models d'informe mèdic i social que es troben en tots els centres tant d'atenció primària com hospitalaris. El pacient entra sense demora en la llista d'espera, que gestiona cada centre i que acostuma a ser molt àgil, ja que els centres tenen una important rotació de pacients.

Passem a definir les diferents tipologies d'unitats d'internament:

1.1. UNITATS DE LLARGA ESTADA. Aquestes unitats s'ocupen dels pacients amb malalties cròniques evolutives d'elevada complexitat, amb pèrdua de funcions i que requereixen un equip multidisciplinari per al seu maneig. Tenen com a funció el treball per objectius tant terapèutics com de suport al pacient i a la família, i afavoreixen el confort i la qualitat de vida. L'estada mitjana en aquestes unitats és d'uns 150 dies i també s'hi fan estades temporals de suport al cuidador, que tenen una estada mitjana de 30 dies. Dins de la llarga estada podem diferenciar diferents tipus de subunitats, segons la tipologia dels pacients:

1.1.1. Geriatria convencional: pacients amb pluripatologia complexa. Unitats ubicades a l'Hospital Jaume Nadal Meroles de Lleida, l'Hospital Jaume d'Urgell de Balaguer, la Fundació Sant Hospital de la Seu d'Urgell i l'Hospital Comarcal del Pallars.

1.1.2. Psicogeriatría: específica

per a pacients amb demència de qualsevol etiologia. Unitat ubicada al centre Terraferma d'Alpicat. Objectius de psicoestimulació i manteniment de funcions.

1.1.3. Pacient psiquiàtric gran: per atendre pacients més grans de 65 anys amb trastorns psiquiàtrics actius. Ubicada al centre Terraferma d'Alpicat.

1.1.4. Grans dependents: on s'atenen les necessitats de pacients adults de qualsevol edat amb malalties degeneratives, coma o processos traumatològics altament invalidants.

En el decurs de l'any 2001 es van atendre en totes les unitats de

llarga estada un total de 564 pacients, 149 dels quals van ser atesos a l'Hospital Creu Roja de Lleida, centre on es va iniciar, com hem comentat, l'activitat del PVAA a la nostra regió sanitària.

1.2. UNITATS D'ESTADA MITJANA. Dins d'aquestes unitats podem diferenciar:

1.2.1. Convalescència: atenció de pacients adults que requereixen un període de rehabilitació per una situació de pèrdua d'autonomia recuperable. La funció d'aquestes unitats és l'atenció sobre la base d'objectius terapèutics i de reinserció social. Activitat tant de rehabilitació funcional o

**Taula 2: PVAA-Recursos de no internament. Regió Sanitària de Lleida. Any 2002**

PADES	3	· Lleida ciutat · Segarra-Urgell-Noguera · Segrià-Garrigues-Pla d'Urgell
ETODA	1	· Lleida ciutat
UFISS	3	· Geriatria (HUAV) · Cures pal·liatives (HUAV) · Demències (HSM)
HOSPITAL DE DIA	65	1- H. dia rehabilitador i de manteniment: - H. Nadal Meroles (20 places) - Fdció. Sant Hospital (10 places) 2- H. dia diagnòstic-terapèutic (avaluador): - H. de Santa Maria (20 places) 3- H. dia esclerosi múltiple (15 places)

cognitiva com de cures. Estada mitjana de 40 dies. Les unitats s'ubiquen a Lleida, a l'Hospital Jaume Nadal Meroles i a la cinquena planta de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova; a Balaguer, a l'Hospital Jaume d'Urgell, i als hospitals de Tremp, la Seu d'Urgell i la Val d'Aran. Aquestes unitats van atendre l'any passat un total de 463 pacients.

1.2.2. Cures pal·liatives: per atendre pacients adults de qualsevol edat amb una malaltia en fase avançada en què s'han descartat objectius de curació. Tenen com a funció l'atenció global d'aquests pacients afectats sobretot de malalties neoplàsiques que requereixen control de símptomes sovint multifactorials i el suport a l'impacte emocional del pacient mateix i la seva família. L'estada mitjana és d'uns 30 dies. Es dona aquest tipus d'atenció a Lleida, a l'Hospital Jaume Nadal Meroles i a la cinquena planta de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova; a Balaguer, a l'Hospital Jaume d'Urgell, i als hospitals de Tremp, la Seu d'Urgell i la Vall d'Aran. S'han atès l'any 2001 un total de 282 pacients.

## 2. Recursos de no internament

2.1. UNITATS D'ATENCIÓ DIÛRNA: HOSPITAL DE DIA SOCIOSANITARI. És un servei d'assistència interdisciplinària que atén durant el dia els pacients amb malalties i incapacitats físiques o psíquiques per rebre tractament integral, segons el pla terapèutic dissenyat per l'equip, i després retornen al seu domicili. Aquest tipus de recurs disminueix la càrrega familiar, millora la qualitat de vida del pacient, facilita l'alta d'altres recursos i retarda o evita la institucionalització prematura. Dins d'aquestes unitats es duen a terme tasques de rehabilitació, psicoestimulació, teràpies de manteniment i també processos d'avaluació geriàtrica integral i de valoració de pacients amb demència, és per tot això que amb el temps s'han anat subespecialitzant en diferents tipus d'hospital de dia:

2.1.1. Hospital de dia rehabilitador i de manteniment: la seva funció principal és el treball continuat per rehabilitar les capacitats funcionals i/o cognitives dels pacients fins a la seva estabilització perquè puguin retornar al domicili o perquè continuïn l'aten-

## Hi ha recursos públics per facilitar l'atenció familiar dels padrins

ció en un centre de dia. Ubicats a l'Hospital Jaume Nadal Meroles de Lleida i a la Fundació Sant Hospital de la Seu d'Urgell. Atesos en aquests centres 93 pacients l'any 2001.

2.1.2. Hospital de dia avaluador: aquí és on es fa l'avaluació geriàtrica integral de pacients que presenten síndromes geriàtriques i que requereixen un estudi multidisciplinari complet per la multifactorialitat de la seva etiologia. Aquest tipus d'atenció es du a terme a l'hospital de dia geriàtric de l'Hospital de Santa Maria de Lleida. Per aconseguir l'agilitat necessària en aquests processos i per evitar la derivació a urgències hospitalàries o la "peregrinació" d'aquest tipus de pacients per diferents especialistes, aquest recurs té una resposta molt àgil i una gran rotació de pacients amb una curta estada mitjana. La programació és per contacte telefònic directe amb la unitat. L'any 2001 es van valorar 885 pacients en aquest recurs.

2.1.3. Hospital de dia d'esclerosi múltiple: específic per atendre aquesta patologia i altres malalties neurològiques invalidants en pacients adults joves. Objectius de valoració, rehabilitació, manteniment i millora de la qualitat de vida. Disposem de 15 places a Lleida, on l'any passat es van atendre 66 pacients.

2.2. EQUIPS D'AVALUACIÓ I SUPORT. Són equips especialitzats i capacitats per donar suport a diferents àmbits assistencials amb els objectius de diagnosticar i atendre pacients crònics i terminals, especialment en les situacions més complexes, i garantir la continuïtat assistencial amb el seu paper d'interconnexió de recur-

sos. Podem diferenciar:

2.2.1. UFISS (Unitat Funcional Interdisciplinària Sociosanitària). Equips ubicats dins dels hospitals d'aguts i subespecialitzats en diferents tipologies de pacients: cures pal·liatives (HUAV), geriatria (HUAV) i demències (HSM). Avaluen tant pacients ingressats o que es troben a urgències com pacients que es programen directament per consulta externa. Durant l'any 2001 aquests equips van valorar 1.586 pacients.

2.2.2. PADES (Programa d'atenció domiciliària. Equip de suport). Amb àmbit d'actuació dins de l'atenció primària i especialitzat bàsicament en el pacient geriàtric complex i en els pacients pal·liatius i terminals. Actuen a petició dels professionals d'atenció primària i sempre en coordinació amb ells, també hi són derivats pacients quan els donen l'alta de recursos d'internament o d'hospitalització. Disposem de tres d'aquests equips distribuïts per les nostres comarques. Durant aquest any aquests equips han atès un total de 1.114 pacients.

2.2.3. ETODA (Equip de teràpia en observació directa ambulatòria). Equips que formen part d'un programa especial per al tractament de la tuberculosi, que consisteix en el tractament observat directament al domicili del pacient. És ubicat a Lleida ciutat. L'any 2001 va atendre 21 pacients.

Amb tot aquest desplegament progressiu d'equips de professionals experts i de places de cobertura pública (395 places d'internament, més 65 d'hospital de dia), els departaments de Sanitat i Seguretat Social i de Benestar Social de la Generalitat de Catalunya han fet un important esforç per garantir l'adequada atenció de tots aquests tipus de pacients que presenten una problemàtica molt concreta. Aquesta atenció té com a principals reptes la capacitat de donar una resposta que tingui en compte la gran varietat de problemes del pacient i dels cuidadors i garantir una atenció continuada dins dels diferents àmbits assistencials.

**Dra. Marta Gabernet Foix**  
Coordinadora del programa  
Vida als Anys.

CatSalut - Regió Sanitària Lleida

Butlletí Mèdic informava en el número anterior de la creació d'aquesta nova secció: Espai de l'ètica.

Els primers articles d'aquest espai, que és a càrrec de la Comissió d'Ètica del COML, comenten els articles del Codi Deontològic i els publiquen amb la intenció de difondre'ls entre els professionals de la medicina.

# Normes d'ètica mèdica de la relació del metge amb els pacients

Dr. Joan Viñas Salas

El Codi de Deontologia Català està centrat en el bé del malalt. Per això, després de definir els principis generals en el primer capítol, el capítol segon tracta de la relació amb els malalts.

El codi insisteix en el respecte al principi d'autonomia del malalt, que no s'ha de tractar de manera infantil sinó com a adult. És la persona malalta la que decideix sobre ella mateixa, ajudada pel metge. El metge pren la decisió no "en lloc" del malalt, sinó "amb" el malalt. Ja en els principis ha quedat clara la vinculació del professional amb els malalts, no es poden abandonar a la seva sort.

Per tant, s'ha d'actuar "centrats" en el malalt, no en altres interessos personals, vetllar per la seva intimitat, confidencialitat i respecte, i demanar-li consentiment sense condicionar-lo per les pròpies ideologies. Cal ser honestos en informar.

En relació amb els menors, s'han d'escollir, especialment el menor madur; convèncer en lloc de vèncer i no s'han de forçar mai, encara que legalment la llei estigui del costat del metge. S'ha de buscar sempre el bé del menor o persona incapaç, i prescindir de l'opinió del responsable en cas d'urgència o sempre que es cregui que aquest va contra el bé del menor. És recomanable avisar el jutge perquè agafi la tutela del menor i l'autoritzi si no és urgent, o conegui l'acte mèdic realitzat. Els casos més freqüents en

què ens trobem és quan uns pares rebutgen la transfusió de sang o derivats en un fill menor o incapaç.

Per tal de mantenir la confiança metge-malalt, base fonamental per a una bona assistència, s'ha de facilitar el dret del pacient a escollir metge i centre sanitari. Avui dia, amb l'aprovació del dret a segona opinió per part del Consell Executiu de la Generalitat, cada vegada més malalts voldran fer ús d'aquest dret. Els metges, individualment i col·lectivament, han de facilitar la pràctica d'aquest dret si se'ls el demana.

D'acord amb els principis generals del Codi, el metge pot rebutjar l'assistència a un malalt concret, sigui per manca de confiança mútua o per problemes de consciència -excepte en casos d'urgència-, però no el pot dei-

xar abandonat, ans ha de traspasar la història clínica a un altre company. Així mateix, cal escriure les històries clíniques amb rigor, ja que aquest és també un dret del malalt. No es pot rebutjar un malalt per interessos personals, o per discriminació o per por de contagi, seria fer un mal ús del dret a l'objecció de consciència.

Tampoc no es pot ser el metge assistencial d'un malalt i, al mateix temps, actuar en funcions d'inspecció, de pèrit, jutge instructor o forense, ja que les dades del malalt conegudes gràcies a la confiança que aquest ha posat en el metge podrien aprofitar-se en contra dels seus interessos. La primera lleialtat del metge és envers el malalt, i ha d'anteposar la seva salut a tota altra conveniència.

## Codi Deontològic Principis generals

### Articles del 8 al 19

- La primera lleialtat del metge ha d'ésser envers la persona que atén. La salut d'aquesta ha d'anteposar-se a tota altra conveniència.
- Tothom té el dret a una atenció mèdica de bona qualitat humana i tècnica. El metge ha de vetllar per a la preservació d'aquest dret.
- El metge ha de respectar les conviccions religioses, ideològiques i culturals del pacient i ha d'evitar que les seves pròpies condicions condicionin la capacitat de decisió d'aquest.
- El metge, en tota actuació professional i especialment en les exploracions diagnòstiques i els tractaments, ha de vetllar perquè el dret del pacient a la intimitat sigui escrupolosament respectat.

- Les exploracions complementàries mai no han de practicar-se de manera rutinària i indiscriminada, menys encara quan del resultat d'aquelles se'n poden derivar repercussions socials negatives per al pacient. El metge ha de demanar l'expressa autorització, cada vegada que calgui practicar-les, i del resultat, n'informarà en primer lloc l'interessat.
- El metge no podrà tractar cap pacient amb la capacitat mental conservada sense el seu consentiment. En el cas d'un menor, el metge ha de respectar la seva voluntat si aquest té capacitat per comprendre allò que decideix, tot i que el pare, la mare o el representant legal en dissenteixin.
- El metge ha de respectar el dret del pacient a rebutjar totalment o parcialment una prova diagnòstica o l'assistència mèdica, sempre que abans hagi estat informat de manera entenedora de les conseqüències previsibles de

la seva negativa i ell es trobi en condicions de tenir-ne una comprensió lúcida, a excepció que puguin derivar-se'n perills o danys per a un altre a causa del seu estat.

- Quan els responsables d'un pacient incapacitat o menor rebutgin, ni que sigui per raons de consciència, un tractament que els coneixements mèdics reconeixin com a vàlid i necessari per a la seva vida, el metge, en cas d'urgència, ha de prescindir del consentiment.
- El metge ha de respectar el dret del pacient, sempre que sigui possible, d'eleger el seu metge, el centre sanitari i de canviar-los. I individualment i col·lectivament ha de vetllar per l'acompliment d'aquest dret en l'ordenació i la planificació sanitàries.
- Llevat dels casos d'urgència, el metge pot negar-se a prestar assistència i també pot negar-se a continuar prestant-la si està convençut que no hi ha la confiança indispensable

entre ell i el pacient. En aquest cas, el pacient haurà d'ésser degudament informat del perquè de la negativa assistencial, i caldrà que un altre metge se'n pugui fer càrrec, a qui hauran d'ésser lliurades, amb el consentiment del pacient, totes les dades mèdiques que demani. El metge no pot rebutjar l'assistència per por de ser contagiada.

- El metge que sigui responsable de l'assistència d'un pacient s'haurà d'abstenir d'exercir funcions de pèrit, jutge instructor, forense o similars en la mateixa persona.
- El metge ha de referir en una història mèdica individualitzada totes les seves activitats professionals amb els seus pacients, tant per guardar la memòria de la seva actuació com per facilitar-ne el possible seguiment per part d'altres col·legues, i està obligat a extreure el rigor del seu contingut.

- ◆ El Codi insisteix en el respecte al principi d'autonomia del malalt, que no s'ha de tractar de manera infantil
- ◆ El metge pot rebutjar tractar un malalt concret per manca de confiança mútua o per problemes de consciència

# Pacientes de tercera edad

El aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población ha modificado substancialmente el escenario de la práctica médica y asistencial. Los numerosos fenómenos biológicos y sociales que afectan a los ancianos requieren servicios y atenciones especializadas para mantener hasta el máximo posible su calidad de vida. Por ello, *Butlletí Mèdic* ha solicitado la colaboración de profesionales especializados en tres temas importantes: el uso y abuso de fármacos, la nutrición y el sueño.

## Uso y abuso de fármacos

Dres. A.B. Vena Martínez i E. Álvarez Darriba  
*Servei de Geriatria. Hospital de Santa Maria, Lleida*

En función del aumento de prevalencia de enfermedades con la edad y de su tendencia a la cronicidad, el uso de fármacos por parte de los ancianos es muy importante y alcanza cifras cercanas al 50% del consumo total, según el análisis de los datos de la memoria Insalud-1997.

Los pensionistas consumen un número de recetas casi 7 veces mayor que los activos y el gasto farmacéutico es 10 veces superior. En todo caso, es fundamental entender que no puede identificarse el coste de los "pensionistas" con el originado por los "ancianos", ya que el primer concepto acoge un número de personas muy superior al de la población anciana real. Así, del colectivo de pensionistas en 1994, el 67,7% recibe pensión por jubilación, lo que indica que sólo dos terceras partes de este grupo poblacional corresponden hoy a personas ancianas. No obstante, no es menos cierto que, siguiendo fuentes del Ministerio de Trabajo, el número de jubilados se ha prácticamente duplicado en apenas 8 años, ya que en 1986 sólo el 35,8% de las pensiones lo eran por este concepto. El gasto farmacéutico que puede atribuirse a los mayores de 65 años supone alrededor de un 48% del gasto total.

### Grupos más frecuentes

La inmensa mayoría, sobre las tres cuartas partes, de los medicamentos consumidos por los ancianos forman parte de cuatro grupos de fármacos:

- 1) Cardiovasculares (digitálicos, diuréticos, hipotensores).
- 2) Psicofármacos (hipnóticos, sedantes, neurolépticos).
- 3) Analgésicos (antiinflamatorios no esteroideos u otros).
- 4) Laxantes.

De este hecho puede deducirse que, conociendo bien las indicaciones, características farmacológicas y los posibles efectos indeseables de estos cuatro grupos, puede mejorarse notablemente la prescripción en personas mayores.

### Tasas de consumo en la comunidad

No cabe duda de que al tratarse de una etapa de la vida en que las enfermedades son mucho más prevalentes, el consumo de medicamentos deberá aumentar. De hecho, se ha encontrado una correlación positiva entre la edad avanzada, número de síntomas presentados, número de enfermedades padecidas, mayor incapacidad funcio-

El número de jubilados se ha duplicado prácticamente en sólo ocho años.

nal y número de fármacos consumidos. No obstante, el consumo de fármacos por los ancianos ha llegado a recibir de los expertos el calificativo de "desproporcionado".

Los mayores de 65 años, que suponen apenas el 15% de la población, consumen cerca de tres cuartas partes del gasto farmacéutico. Entre el 75% y el 90% de los mayores de 65 años que viven en la comunidad toman medicamentos de forma continuada, y la media de consumo a esa edad es de 2 a 3 fármacos continuados por persona y es mayor en el sexo femenino.

Comparativamente con los adultos más jóvenes, en los mayores de 75 años, como grupo, se realiza un núme-

ro de prescripciones de dos a tres veces mayor y en las mujeres puede llegar al doble de las prescripciones de los varones de su edad. Además, más de la mitad de los ancianos, el 53%, toman un número de medicamentos mayor que el recetado por sus médicos.

Pero no sólo llama la atención la intensidad del consumo, sino que diversos estudios ofrecen datos de interés por otros motivos. Por ejemplo, según un estudio realizado en Málaga, el 90% de los medicamentos son tomados por los ancianos durante periodos prolongados de tiempo, más de tres meses. El 55% de los ancianos incluidos en un estudio poblacional del municipio de Móstoles, en Madrid, necesitaron ayuda de otras personas para el consumo de su medicación.

Esta cifra se elevó al 80% de una serie de pacientes ancianos recién dados de alta hospitalaria en Castellón. Por otra parte, alrededor del 20% del consumo de fármacos se debe a la automedicación.

A la vista de estos resultados, podemos concluir que los ancianos que residen en la comunidad:

- 1) Toman un mayor número de medicamentos.
- 2) Lo hacen durante más tiempo.
- 3) Muchos de ellos precisan ayuda de otras personas para la administración.
- 4) La automedicación es frecuente.

### Tasas de consumo en residencias

Si bien los datos anteriores se reflejan a las muestras o poblaciones de

ancianos en la comunidad, no debemos olvidar el pequeño, pero significativo, número que reside en residencias de ancianos y unidades hospitalarias de larga estancia, los cuales padecen una elevada prevalencia de graves problemas crónicos de salud, incapacidades severas y, frecuentemente, demencia.

En este tipo de centros la prescripción de medicamentos es mucho mayor. La media de fármacos consumidos crónicamente por cada residente varía: se mencionan cifras medias de 4 medicamentos por residente en residencias americanas o de 5,5 por residente en un estudio en un grupo de residencias de la ciudad de Granada. Múltiples autores han llamado la

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT





atención sobre la excesiva e inapropiada prescripción de medicamentos en este tipo de centros. Así, se han detectado prescripciones inapropiadas hasta en el 40% de los residentes. Según varios trabajos, consumen de forma crónica tranquilizantes entre el 34% y el 47% de los ancianos institucionalizados; hipnóticos, entre el 25% y el 35%; laxantes, entre el 17% y el 70%; analgésicos, entre el 15% y el 57%, y fármacos cardiovasculares, entre el 38% y el 70%.

Una de las razones de este problema

El 53% de los ancianos toman un número de medicamentos mayor que el recetado por sus médicos, hecho que demuestra la existencia de una automedicación, y los expertos tildan de "desproporcionado" el consumo de fármacos.

**Tabla 1: Utilización de grupos terapéuticos sin receta**

CATEGORÍA TERAPÉUTICA	(%)
Analgésicos	66,3
Vitaminas / minerales	38,1
Antiácidos	27,9
Laxantes	9,7
Otros suplementos nutricionales	5,9
Productos para la tos y el resfriado	4,5
Antihistamínicos	0,9
Preparaciones tópicas	0,7
Productos oftálmicos	0,5
Miscelánea	2,4

Fuente: The MoVIES Project, 1997

**Tabla 2: Utilización de fármacos sin receta**

FÁRMACO ESPECÍFICO	(%)
Aspirina	42,1
Paracetamol	25,3
Multivitaminas	19,3
Antiácido con Mg-Al	14,4
Antiácido con calcio	9,4
Vitamina E	8,7
Suplementos de calcio	7,6
Vitamina C	6,9
Ibuprofeno	6,4
Laxantes de volumen	4,1
Complejo vitamínico B	3,8
Suplemento de hierro	3,3

Fuente: The MoVIES Project, 1997

puede ser que ya en el momento del ingreso los pacientes acuden con medicamentos prescritos incorrectamente, como ha revelado un estudio reciente en el que cerca de la mitad de los que tomaban digoxina en el momento del ingreso carecían de una indicación para ello. Pero también el número de prescripciones se incrementa de forma significativa durante los primeros meses desde su admisión.

Otra de las razones aducidas para ello ha sido la escasa formación del personal que atiende a dichos pacientes. En un estudio randomizado en el

que se evaluó la repercusión sobre la prescripción de un programa de formación sobre temas de psicofarmacología, se constató la disminución del uso de psicofármacos en un 27%, y concretamente de antipsicóticos en un 32%, comparado con las residencias en las que no se llevó a cabo dicha formación.

Como dato curioso, aunque sea un resultado indirecto, los residentes de los centros del estudio, en los que se redujo la administración de psicofármacos, presentaron menor deterioro de memoria en los controles del periodo de seguimiento.

- ◆ **Un estudio de EE.UU. revela que se recetó medicamentos contraindicados para la vejez al 24% de los ancianos**
- ◆ **El 5% de 1.000 ancianos atendidos en urgencias tomaba medicamentos contraindicados para sus enfermedades**



Sobre la calidad de la prescripción existen interesantes estudios que la evalúan y, con frecuencia, los médicos no salen del todo bien parados. Por ejemplo, evaluando el tipo de medicación prescrita, el estudio de Wilcox y cols., que revisó recientemente las prescripciones hechas a cerca de 6.200 ancianos en EE.UU., se encontró que al 24% les habían recetado alguno de una lista de medicamentos considerados "contraindicados" en la vejez, según un panel de expertos norteamericanos y canadienses. En dicha "lista negra" figuraban medicamentos como reserpina, metildopa, clordiacepóxido, meprobamato, diacepam, ciclobenzaprina, barbitúricos, ciclan-delato, isoxuprina, metocarbamol, pro-poxifeno y otros.

En segundo lugar, teniendo en cuenta las combinaciones de principios activos, se ha encontrado que entre el 10% y el 31% de los pacientes ancianos, tanto hospitalizados como residentes en la comunidad o en instituciones, recibieron fármacos contraindicados o con interacciones entre sí y que hasta el 5% de una serie de más de 1.000 ancianos, que acudieron a un servicio de urgencias, tomaban medicamentos contraindicados en las enfermedades que padecían.

Las interacciones más frecuentes se producen al prescribir combinaciones de varios fármacos cardiovasculares (diuréticos y digitalícos, pero también vasodilatadores) o varios psicofármacos (benzodiazepinas y neurolepticos, pero también antidepresivos). Los errores en la prescripción son más frecuentes en los servicios de urgencias que en las demás salas del hospital.

Incluso es posible cuestionarse la calidad de los registros médicos en lo referente a la historia farmacológica de pacientes ancianos. Dos estudios en Glasgow y Torino han mostrado que había diferencias entre la medicación registrada por el médico de familia y la que realmente recibían entre el 45% y el 62% de sendas series de pacientes geriátricos en su domicilio (los ancianos tomaban un fármaco más, como media, de lo que sus médicos pensaban). Otro trabajo ha demostrado que las historias clínicas hospitalarias tampoco son tan exactas fuentes de información como cabría esperar, ya que hasta el 83% de ellas presentan errores en el registro de los medicamentos que tomaba el paciente antes del ingreso.

Respecto a la adaptación de las dosis, Lucena y cols. en un estudio

español sobre 500 ancianos ambulatorios encontraron que los médicos prescriptores no realizaban ajustes de dosis en función de la edad en una serie de medicamentos en los que se conoce la conveniencia de dicha actitud, como cimetidina, ranitidina, teofilina, bromacepam, loracepam y triazolam.

#### Prescripción innecesaria

Por último, habría que recordar la frecuencia con que se somete al anciano, a menudo a demanda del propio paciente, a tratamientos sintomáticos para molestias que no han recibido un diagnóstico etiológico ni cuando menos sindrómico. Se ha dado el nombre de polifarmacia a la prescripción, administración o uso de más medicaciones de las que están clínicamente indicadas en un paciente. En un estudio inglés se encontró que el 27% de una muestra de 416 ancianos procedentes de la comunidad tomaban medicamentos innecesarios. También se ha estimado que la cuarta parte de los ancianos que viven en residencias en los EE.UU. toman fármacos innecesarios o ineficaces. No conocemos estudios que cuantifiquen este hecho en nuestro país, aunque en las consultas de geriatría suelen encontrarse abundantes historias clínicas de pacientes a los que se les retiraron medicamentos prescritos previamente sin un estudio previo.

Existen una serie de indicaciones equivocadas pero frecuentes de medicamentos de eficacia dudosa o con potenciales peligros, por ejemplo, es frecuente el consumo de preparados multivitamínicos para tratar la astenia o la anorexia cuya causa se desconoce, de vasodilatadores e incluso "activadores del metabolismo cerebral" para los problemas de memoria o el deterioro cognitivo no diagnosticado, de diuréticos para el tratamiento sintomático de los edemas de cualquier causa, de laxantes al objeto de asegurar una regularidad en el ritmo intestinal, etc.

#### Reacciones adversas a medicamentos

Respecto a la frecuencia de aparición, los mayores de 65 años constituyen el grupo de edad que padece reacciones adversas a medicamentos (RAM) con mayor frecuencia. Este hecho ocurre de 2 a 4 veces más que en los adultos. Del 27% al 36% de los ancianos residentes en la comunidad, del 21% al 35% de los hospitalizados y el 26% de los que viven en residencias presentan algún tipo de RAM, más frecuentemente entre los portadores de pluripatología y entre los denominados "viejos frágiles". Mientras que en la población general de un 5% a un 9% de los ingresos



Las reacciones adversas a los medicamentos son frecuentes entre los ancianos.

hospitalarios se deben a consecuencias de alguna RAM, este hecho puede ocurrir entre el 10% y el 17% de los mayores de 65 años. Además, las RAM suelen ser más graves en los pacientes mayores, posiblemente a causa de la mayor frecuencia de enfermedades concomitantes y de su menor capacidad de reserva que mencionábamos al inicio del artículo.

#### Causas

Sin embargo, la posibilidad de aparición de RAM no parece depender sólo de la edad, sino que se trata de un proceso más complejo en el que se implican los cambios farmacológicos mencionados más arriba, junto con la pluripatología y polifarmacia que caracterizan la vejez y la sensibilidad especial a ciertos medicamentos. De hecho, se cree hoy que el "riesgo por cada prescripción" es similar al de los adultos y que en gran medida este mayor riesgo de RAM se debe al mayor consumo de medicamentos.

Hace ya una década que Hutchinson

y cols. publicaron un interesante estudio, ya clásico, en el que sobre una muestra de más de 1.000 pacientes seguidos en una consulta de medicina interna demostraron que, si bien puede encontrarse una mayor frecuencia de RAM en los grupos de pacientes de mayor edad, la frecuencia de estas RAM no varía en función de la edad para cada tratamiento individual prescrito a lo largo de un año de seguimiento. Este hecho ha sido corroborado por otros autores. En este mismo sentido otro estudio ha precisado que la frecuencia de RAM pasa del 11% de los pacientes que toman 2 fármacos al 27% de los que toman 6. Hay que tener en cuenta que aquellos que toman mayor número de medicaciones son también los que más enfermedades padecen.

#### Repercusión

Sobre las graves repercusiones de las RAM en la población anciana, podemos hacernos una idea si tenemos en cuenta que entre los ancianos

hospitalizados que presentan alguna RAM no sólo se incrementan los costes de asistencia, sino que también la mortalidad se duplica y la estancia media puede doblarse respecto a los pacientes de la misma edad que no las padecen.

#### Tipos

Existen listas de las RAM más comunes provocadas por fármacos de uso común en personas de edad avanzada. En general, se trata de efectos indeseables que si bien pueden aparecer a cualquier edad, lo hacen con más frecuencia y/o intensidad en pacientes ancianos. Suelen afectar, por orden de frecuencia, al aparato digestivo, sistema nervioso central y sistema cardiovascular. Posiblemente las más frecuentes sean los efectos adversos de las benzodiacepinas y la intoxicación por digitálicos. Otros ejemplos típicos son la mayor frecuencia y gravedad de hemorragia digestiva, tras la ingesta de antiinflamatorios no esteroideos, de reacciones extrapiramidales con el empleo de neurolepticos, de hipotensión postural con el

uso de hipotensores y diuréticos, de retención urinaria con los fármacos de efecto anticolinérgico, de isquemia miocárdica con la tiroxina, etc.

Otras manifestaciones de las RAM más específicas del envejecimiento pueden resultar más atípicas y ser, en parte por ello, infradetectadas como son las que se presentan como "síndromes geriátricos". De hecho, los ancianos atribuyen con menos frecuencia que los jóvenes los efectos secundarios a los fármacos que consumen. Por ejemplo, se sabe hoy que el consumo de benzodiacepinas, otros sedantes, diuréticos y otros antihipertensivos pueden provocar caídas o que la ingesta de benzodiacepinas constituye la etiología más frecuente de demencia reversible, así como una de las causas que provocan deterioro cognitivo al ingreso hospitalario.

Gurwitz y Avorn han hablado de la "ambigua relación" entre el envejecimiento y las RAM. Estos autores intentan explicar las causas de esta difícil relación mencionando las siguientes. En primer lugar, ha existido una tendencia a excluir a los pacientes de edad avanzada de los ensayos clínicos

por diversas razones, como el miedo a obtener peores resultados terapéuticos que con muestras de individuos más jóvenes o el miedo a provocar daño a los ancianos, una vez conocida su mayor fragilidad. En el caso de que se incluyan ancianos, suele tratarse de personas relativamente jóvenes (menores de 80 años), que carecen del perfil de los enfermos que posteriormente consumirán el fármaco (personas con pluripatología, que consumen varios medicamentos simultáneamente). En segundo lugar, es preciso reconocer la mayor severidad y repercusión de los efectos secundarios. También existen manifestaciones atípicas de toxicidad si se considera las RAM en pacientes más jóvenes, como pueden ser la incontinencia, la confusión mental, las caídas, etc, que son, por el contrario, típicas del anciano. Por último, es frecuente ignorar los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos propios del envejecimiento y, por consiguiente, no considerar los correspondientes ajustes en la dosificación a los pacientes ancianos, especialmente a los llamados "viejos-viejos", mayores de 80 años, a los que

◆ **Es recomendable emplear el menor número de fármacos y los mejor conocidos**

padecen insuficiencia en uno o varios sistemas de la economía y a los que toman simultáneamente varias medicaciones.

#### Prevención

Para evitar las RAM:

1) La mejor medida puede ser emplear el menor número de fármacos, emplear los mejor conocidos y la menor dosis eficaz.

2) Cuando se trate de un fármaco poco conocido conviene iniciar a dosis bajas (de la mitad a un tercio) y aumentar despacio la dosis y, por otro lado, reevaluar con frecuencia al paciente, estando alerta de que pueden aparecer efectos secundarios no descritos.

Debe tenerse en cuenta que los medicamentos más a menudo relacionados con RAM son aquellos de uso más frecuente entre los ancianos, en concreto los antihipertensivos, diuréticos, digoxina, antiinflamatorios no esteroideos, corticoides, teofilina, psicótropos y anticoagulantes. Este hecho tiene una doble vertiente, una

PASSA A LA PÁGINA SEGÜENT

negativa, ya que dada su frecuencia de uso dificultará la disminución de su aparición y otra, positiva por el contrario, ya que el estudio atento de estos grupos de fármacos y de las particularidades de su empleo en los ancianos permitirá aumentar la seguridad de su empleo al médico que trata con frecuencia a pacientes ancianos.

#### Frecuencia de incumplimiento terapéutico

En ocasiones se considera que entre los ancianos existe una mayor tasa de incumplimiento terapéutico (IT) que entre los adultos más jóvenes, aunque no está totalmente claro que la edad sea un factor de riesgo por sí mismo para el IT. Es probable que la polifarmacia sea un factor de más peso que la propia edad en el IT. En cualquier caso, el problema es importante ya que cerca de la mitad de los ancianos residentes en la comunidad presentan algún grado de IT, incluso hasta el 22% de los que son dados de alta hospitalaria ya no cumplen bien el tratamiento prescrito tan sólo una semana después de dejar el hospital y el propio incumplimiento es responsable directo de hasta el 11% de los ingresos hospitalarios.

#### Detección

Tiene interés no sólo constatar este hecho, sino también conocer cuáles pueden ser los motivos que convierten a algunos ancianos en incumplidores. El IT entre los ancianos no suele ser intencionado. Además de las causas de incumplimiento comunes a otras edades, existen una serie de factores propios del anciano, a menudo involuntarios y poco modificables, que plantean dificultades en el cumplimiento terapéutico. Entre ellos figuran la presencia de confusión mental o problemas de memoria a causa de deterioro cognitivo o demencia (diagnosticado o subclínico), los déficits sensoriales (cataratas, maculopatía senil, hipoacusia) o incluso el deterioro de la habilidad manual (por dolor, deformidad, paresia, etc.) que puede hacer difícil el cumplimiento de un régimen terapéutico.

Conviene recordar la cifra presentada más arriba de que más de la mitad de los ancianos necesitan la ayuda de otras personas para tomar la medicación. Es necesario detectar a esas personas y, en su caso, acudir a las ayudas de todo tipo e informar del régimen terapéutico al cuidador principal.

Otros factores como el desconocimiento de los motivos por los que es preciso seguir un tratamiento, la incompreensión de cómo debe tomarse determinada medicación e incluso el miedo a padecer efectos secundarios de la medicación deben ser tenidos en

cuenta. Debe recordarse que actualmente en nuestro medio la proporción de personas mayores analfabetas todavía es elevada, entre 20% y el 30% en algunas zonas del país, o lo que es lo mismo, uno de cada cuatro ancianos que van al médico.

Resulta de interés práctico la descripción del perfil del posible "incumplidor" terapéutico que facilite su detección, a fin de poder tomar las medidas oportunas. Los estudios que han investigado este aspecto parecen definir que existen algunas características comunes a estos pacientes, como son la edad muy avanzada (más de 85 años), el no poder recordar de memoria la pauta de administración, el acudir a consultas de varios médicos, el creer que las medicinas resultan caras (quizá más en países sin un sistema de pago de medicamentos dentro de la seguridad social), tomar más de tres fármacos, el aislamiento social (vivir solo) o el sexo femenino. De forma repetida en varios estudios tienen más riesgo de cumplir mal el tratamiento prescrito aquellos pacientes que reciben un número elevado de medicamentos.

#### Recomendaciones para reducir el incumplimiento

Las recomendaciones que suelen hacerse para mejorar el cumplimiento terapéutico en los ancianos incluyen reducir al mínimo posible el número de medicinas prescritas y el número de dosis de las mismas, señalar o marcar las cajas y envases, dar instrucciones claras por escrito con la pauta y duración del tratamiento, mejorar todo lo posible la comunicación entre la atención primaria y la especializada, revisar a menudo con cada paciente toda la medicación que toma o comprobar que el paciente posee la suficiente habilidad para manejar los envases de la medicación y los preparados farmacéuticos.

#### Cómo optimizar la prescripción de medicamentos

No cabe ninguna duda de que la prescripción de medicamentos a los pacientes ancianos irá necesariamente en aumento en los próximos decenios, dado que la proporción de personas de este grupo de edad crecerá en el mundo occidental, al menos durante las próximas dos o cuatro décadas y que se trata del segmento de población con mayor prevalencia de procesos patológicos, especialmente crónicos. Es más, a causa del fenómeno conocido como "envejecimiento del envejecimiento" son precisamente los pacientes mayores de 80 años el grupo poblacional que más aumentará en cifras relativas durante la primera mitad del siglo. Puede preverse, pues, que cualquier médico requerirá mayores y más profundos conocimientos

sobre las peculiaridades de este grupo de edad y en concreto sobre las diferencias clínicamente relevantes que pueden presentar en lo que a tratamiento farmacológico se refiere.

Generalmente se conoce mejor lo que cabe esperar de sustancias que llevan más tiempo en el mercado que de las de más reciente comercialización. Es prudente una actitud expectante sin negar tampoco al anciano los beneficios de las novedades terapéuticas, pero se precisa un alto índice de sospecha ante molestias no justificadas por las enfermedades del paciente, ya que no todos los posibles efectos secundarios e interacciones han sido descritos. En general conviene recordar el aforismo "empieza por poco y sigue despacio" ("start low and go slow").

Respecto a la elección del fármaco y su administración, después de lo dicho hasta aquí debería quedar clara la importancia de conocer en profundidad no sólo la farmacología de los fármacos a prescribir, sino también las peculiaridades de dicho fármaco ante los cambios ocasionados por el envejecimiento y las alteraciones debidas a las enfermedades del paciente. Siempre que sea posible deben elegirse fármacos del grupo de los más seguros para el anciano, suelen ser tan eficaces como el resto. El planteamiento de objetivos razonables y consensuados hará en ocasiones renunciar a intentar normalizar completamente la situación de salud absoluta siempre que se tenga en cuenta la expectativa de vida de cada persona en concreto y se persiga mejorar su calidad de vida.

Antes de añadir un nuevo fármaco debe reflexionarse sobre la lista completa de medicaciones, tanto las prescritas por cada médico como las que son tomadas sin receta, a menudo analgésicos y laxantes, y valorar su necesidad, así como la posibilidad de que un principio activo sea útil para varios procesos que padezca el paciente. También es importante la revisión frecuente y periódica de toda la lista o, mejor aún, de todo el botiquín casero con la intención de retirar alguno. Ocurre a veces que los tratamientos prescritos durante una hospitalización en la que las enfermedades del paciente han sufrido una descompensación aguda se prolongan indefinidamente tras el alta cuando sus problemas se han estabilizado, a menos que el médico de familia evalúe la situación clínica del enfermo y suspenda lo que ya no es necesario o ajuste la dosis más acorde a la evolución.

Es muy difícil que un anciano comprenda la justificación de un tratamiento así como sus posibles efectos secundarios si su médico no se lo explica con la suficiente sencillez. Mejorar la información recibida por los pacientes acerca de sus tratamientos permitirá un mejor uso de la medica-

ción. Todo ello requiere tiempo. Los problemas de memoria y olvidos son tan frecuentes que no se puede estar seguro de que un anciano recordará las dosis y horarios correctos de administración si no se le da por escrito con claridad. Y no olvidemos que en más de la mitad de los mayores de 65 años habrá que informar al cuidador principal, pues será de él o ella de quien dependa la administración de lo pautado.

Una sencilla investigación de cada paciente, según las características comunes, puede ayudar a detectar a muchos de los "incumplidores" terapéuticos y sugerir el seguimiento que garantice el éxito de la prescripción y con ello del propio acto médico. Y mantenerse siempre alerta de las posibles reacciones adversas a medicamentos que pueda presentar este grupo de edad tan sobretreadado, algunas de las cuales serán bien conocidas pero otras pueden ser desconocidas e incluso inexplicables.

#### BIBLIOGRAFÍA:

- Owens, N.J.; Fretwell, M.D.; Willey, C.; Murphy, S.S. *Distinguishing between the fit and frail elderly and optimising pharmacotherapy*. Drug Aging 1994; 4: 47-55.
- Vargas Castrillón, F.; De Miguel Gallo, V.; Moreno González, A. "Los fármacos como factor de riesgo en el anciano". En: Ribera Casado, J.M.; Gil Gregorio, P., editores. *Factores de riesgo en la patología geriátrica*. Editores Médicos SA. Madrid, 1986: 235-245.
- Baztán Cortés, J.J.; Salgado Alba, A. "Modificaciones en órganos, aparatos y sistemas asociadas al envejecimiento". En: Salgado Alba, A.; González Montalvo, J.I.; Alarcón Alarcón, M.T., editores. *Fundamentos prácticos de la asistencia al anciano*. Barcelona: Masson SA, 1996: 7-15.
- Swift, C.G. *Prescribing in old age*. Brit Med J 1988; 296, 913-915.
- Montamat, S.C.; Cusack, B.J.; Vestal, R.E. *Management of drug therapy in the elderly*. N Engl J Med 1989; 321: 303-309.
- Bravo Fernández de Araoz, G.; Isach Comallonga, M. "Farmacología". "Consideraciones generales". "Metabolismo de los fármacos". "Cumplimiento terapéutico". "Bases para la prescripción". En: Salgado Alba A.; González Montalvo, J.I.; Alarcón Alarcón, M.T. editores. *Fundamentos prácticos de la asistencia al anciano*. Barcelona: Masson SA, 1996: 287-293.
- Ahronheim, J.C. *Handbook of Prescribing Medications for Geriatric Patients*. Boston: Little Brown and Co, 1992.
- O'Malley, K.; Meagher, F.; O'Callaghan, W. "La farmacología del envejecimiento". En: Pathy M.S.J., editor. *Principios y Práctica de la Medicina Geriátrica*. Madrid: Ediciones CEA SA, 1988: 190-203.
- Indicadores sanitarios: Geriatria XXI*, Ed.



Los ancianos son un grupo de riesgo de padecer desnutrición.

## Nutrición en la edad avanzada

Dr. Ángel Rodríguez · Hospital Universitari Arnau de Vilanova.  
Profesor titular de Medicina UdL

El envejecimiento de la población ha aumentado mucho en los últimos decenios y es previsible que siga aumentando, dada la alta esperanza de vida media en nuestro país. La población de edad avanzada es un grupo de riesgo de padecer desnutrición y se calcula una prevalencia entre el 10 y el 20% en ancianos que viven en comunidad y entre el 17 y el 65% en ancianos institucionalizados u hos-

pitalizados.

Cambios fisiopatológicos y nutricionales con la edad

A medida que avanzan los años, se producen de manera progresiva una serie de cambios fisiológicos relacionados con la edad. Como vemos en la

PASSA A LA PÁGINA SEGÜENT

tabla adjunta, se producen cambios en la composición corporal (disminución del tejido muscular, de la mineralización ósea y del agua corporal, junto con un aumento del tejido graso), y cambios funcionales de diferentes órganos: en el sistema cardiovascular, en la función renal con posible alteración del metabolismo de la vitamina D y de la hormona antiurética, y a nivel digestivo.

La afectación del tracto gastrointestinal reviste una especial importancia, porque con frecuencia repercute negativamente en el estado nutricional. Estas alteraciones se pueden producir a distintos niveles y fases:

1- Alteraciones de la dentición: pérdida de piezas dentarias, caries, prótesis dentales, etc., que con frecuencia dificultan la masticación.

2- Alteraciones de la motilidad gastroesofágica: disfagia, enlentecimiento del vaciado gástrico e intestinal, que favorece el estreñimiento y la aparición de sensación de plenitud precoz.

3- Reducción de la capacidad secretora a nivel salival, gástrico y pancreático, lo que favorece la mala digestión y/o la mala absorción.

4- Disminución de la capacidad absorbente, secundaria a reducción del flujo sanguíneo esplácnico o a sobrecrecimiento bacteriano.

También son frecuentes las alteraciones olfativas y gustativas, la pérdida de la reserva funcional de las glándulas endocrinas y las alteraciones de la función inmune, todo lo cual puede inducir anorexia y conductas alimentarias erróneas (exceso de consumo de azúcar y de sal, pérdida de la sensación de sed, etc.).

#### Factores de riesgo de desnutrición

Hemos descrito anteriormente que la malnutrición es frecuente en pacientes de edad avanzada. Como se recoge en la tabla siguiente, son muchos y muy variados los factores que pueden interferir en una alimentación normal, lo que, en última instancia, conlleva una insuficiente ingesta de alimentos y la desnutrición secundaria.

#### Interacciones fármaco-nutrientes

Las personas ancianas son un grupo de población con un gran consumo habitual de fármacos, muchos de ellos polimedificados de manera continuada y a largo plazo. Este hecho puede comportar cambios en la farmacocinética de los medicamentos, debidos al envejecimiento y a las múltiples asociaciones. Además, un buen número de fármacos pueden tener influencia negativa en el estado nutricional, porque inducen anorexia o porque producen problemas digestivos (alteraciones del gusto, xerostomía, entre otros problemas digestivos) o porque interfieren

### Tabla 1: Cambios fisiopatológicos y nutricionales en relación con la edad

#### CAMBIOS EN LA COMPOSICIÓN CORPORAL

Reducción de la masa magra que afecta a todos los órganos relacionados con la actividad física.

Incrementos del tejido adiposo.

Pérdida de agua corporal.

Disminución de la densidad mineral ósea.

#### CAMBIOS FUNCIONALES EN CIERTOS ÓRGANOS

Disminución del gasto y reserva cardíaca y mayor incidencia de enfermedad cardiovascular.

Disminución de la función renal (menor filtrado glomerular, aclaramiento de creatinina y capacidad de concentración).

Afectación gastrointestinal.

Alteraciones olfativas y gustativas.

Pérdida capacidad funcional de glándulas endocrinas (sensación de sed, diabetes, etc.).

Alteraciones de la función inmune celular y humoral.

en la absorción y/o metabolismo de determinados nutrientes.

De todos los factores que dificultan la nutrición en los pacientes de edad avanzada, seguramente los que se producen con mayor asiduidad y los más relevantes en el desarrollo de la desnutrición son la anorexia y la dificultad para la masticación y deglución.

#### Anorexia

La anorexia es uno de los factores más frecuentes en las personas de edad avanzada, que condiciona en gran medida una alimentación correcta. Se debe valorar:

- El estado de ánimo: preocupación, síndrome ansioso-depresivo, soledad, desarraigo social.
- El dolor.

#### BIBLIOGRAFÍA:

Klein, S.; Rogers, R. *Nutritional requirements in the elderly*. Gastroenterol Clin North Am 1990; 19:473-491.

Morley, J.E. Anorexia of aging: physiologic and pathologic. Am Clin Nutr 1997; 66:760-773.

Roe, D.A. Therapeutic effects of drug-nutrient interactions in the elderly. J Am Diet Assoc 1985; 85:174-181.

Schwartz S.; Arbós, M.A.; García Arumí, E.; Culebras, J.M. y Crespo M. Nutrición y envejecimiento. En: Celaya Pérez, S., eds. *Avances en Nutrición artificial*. PUZ. Zaragoza, 1993.

Virgili, N.; Vilarasu, C.; Mascaró, J. y Pita, M.A. "Recomendaciones nutricionales para geriatría". En: León, M.; Celaya, S., eds. *Manual de recomendaciones nutricionales al alta hospitalaria*. Novartis Consumer Health, SA. Barcelona, 2001.

Zawada, E.T. Malnutrition in the elderly is it simply a matter of not eating enough? Postgrad Med 1996; 100:207-225.

- Las alteraciones de la dentición.
- Los fármacos que puedan potenciar la anorexia.
- Las limitaciones de la actividad física.
- El estreñimiento.
- El grado de autonomía para alimentarse.

#### Recomendaciones

- Fraccionar la alimentación en 5-6 tomas al día.
- Proporcionar alimentos de fácil masticación y deglución y con alto contenido nutritivo.
- Variar el tipo de alimentos y el tipo de preparación y presentación (color, sabor, temperatura, etc).
- Evitar la monotonía y las dietas restrictivas si no son absolutamente necesarias.
- Potenciar la presentación de los alimentos, hacerlos más atractivos.
- Fuera de las comidas no relacionar aspectos de los alimentos.
- Asegurar un adecuado estado de hidratación: 1-1,5 litros/día de líquidos.
- Mantener una actividad física regular.
- Cuidar el estado de ánimo, que el paciente coma acompañado.
- Favorecer un ambiente relajado y confortable.
- Mantener un buen hábito intestinal. Si hay estreñimiento pueden utilizarse preparados comerciales, fibra, por ejemplo, Resource Benefiber. Si hay intolerancia a la lactosa o diarreas pueden utilizarse leches adaptadas para adultos, por ejemplo Resource Sinlac.
- Puede ser necesario enriquecer la dieta a través de purés y papillas adaptadas al adulto o utilizar suplementos nutricionales si la ingesta de alimentos es insuficiente.
- En casos de ingestas inferiores a 1.500 Kcal/día, pueden ser necesarios los suplementos minerales y vitamínicos.

### Tabla 2: Principales factores de riesgo de desnutrición en las personas ancianas

- Disminución de las necesidades calóricas por reducción del metabolismo basal y del ejercicio físico.
- Alteraciones del gusto, olfato y xerostomía.
- Dietas restrictivas y monótonas de larga duración.
- Dificultad de masticación: problemas en la cavidad bucal, pérdida de piezas dentarias, mal ajuste de prótesis.
- Alteraciones de la deglución por problemas neurológicos o alteraciones de la motilidad esofágica.
- Polimedicación.
- Problemas emocionales: depresión.
- Alteraciones cognitivas: delirio, demencia.
- Conductas alimentarias anómalas: ansiedad, fobias, anorexia nerviosa crónica, psicosis, alcoholismo.
- Problemas sociales: aislamiento, soledad, pérdida del cónyuge, problemas de convivencia.
- Aumento de la dependencia para el autocuidado: comer solo.
- Problemas económicos o de desplazamiento: problemas de selección de alimentos preferidos.

cos.

#### Alteraciones de la masticación y la deglución

También son frecuentes los problemas de masticación y deglución debidos a disminución de la secreción salival, que provoca xerostomía, gingivitis, periodontitis y pérdidas de piezas dentarias, que se agravan con la presencia de prótesis mal ajustadas, atrofia de las papilas gustativas y reducción de los sentidos del gusto, olfato y vista, todo lo cual lleva a una reducción de la ingesta de alimentos.

Se debe valorar:

- Qué tipos de texturas son mejor toleradas (alimentos líquidos y blandos, semisólidos o duros).
- Si existen paresias/parálisis, hay

### Tabla 3: Efectos nutricionales de algunos fármacos

EFFECTO	FÁRMACOS
Anorexia	Digital, diltiazem, levodopa, tiacidas, fluoxetina, clorpromacina, antiácidos, salbutamol, haloperidol, citostáticos.
Alteraciones del gusto	Captopril, enalapril, amilorida, propranolol, hidroclorotiacida, nifedipino, diltiazem, AINEs, penicilina, procaína, lincomicina, metronidazol, rifabutina, claritromicina, cefamandol, etambutol, pentamidina, carbamazepina, levodopa, 5-fluoracilo, adriamicina, azatiprina, bleomicina, cisplatino, metotrexate, sumatriptán, fluorazepam, triazolam, zopiclona.
Xerostomía	Analgésicos, AINEs, antidepresivos, hipotensores, antihistaminicos, broncodilatadores, levodopa, antipsicóticos, diuréticos.
Problemas digestivos: vómitos, epigastralgias, estreñimiento	Digital, opiáceos, AINEs, levodopa, sulfonamidas, sales de hierro, colchicina, neomicina.

### Tabla 4: Interacciones fármaco-nutrientes

EFFECTO	FÁRMACOS
Reducen la absorción si se toman con los alimentos.	Amoxicilina, ampicilina, cefalosporinas, aspirina, atenolol, captopril, tetraciclinas, ácido fólico, sales de hierro, isoniacida, rifampicina, levodopa, fenitoína, teofilina, flufenacina, haloperidol.
Aumentan la absorción si se administran con los alimentos.	Sales de litio, diazepam.
Reducen o interfieren la absorción, síntesis o metabolismo vitamínico/mineral.	Aceite de parafina, bicarbonato sódico, colestiramina, trimetoprim, metotrexate, cimetidina, isoniacida, neomicina, fenitoína, biguanidas.

que valorar la mejor postura (cabeza rotada hacia el lado parético).

- Si existe dificultad para la ingesta de alimentos proteicos, hay que valorar añadir suplementos proteicos, por ejemplo, Resource Protein, Vegenat clara liofilizada.
- Si existe dificultad importante para la deglución o peligro de aspiración traqueobronquial, hay que valorar la necesidad de nutrición enteral completa por sonda (nasogástrica, gastrostomía, etc.).
- La necesidad de suplementación vitamínica y mineral.

#### Recomendaciones

- Evitar sopas o platos con fases sólida y líquida.
- Modificar la textura de los alimentos.

La consistencia tipo pudín y de líquido viscoso se toleran mejor (purés homogéneos, espesantes naturales o artificiales).

- Seleccionar alimentos blandos y jugosos para facilitar y estimular la deglución.
- Eliminar los alimentos impactantes (miga, puré de patata, huevo cocido, etc.).
- Eliminar los alimentos que se puedan fraccionar en pequeños trozos (tostadas, galletas, arroz, etc.).
- Conseguir una buena hidratación utilizando líquidos con espesantes, por ejemplo, Resource Espesante, Nuttilis, Resource Agua Gelificada.
- Si hay disfagia a líquidos por problemas neurológicos, estimular las áreas cerebrales haciendo chupar helados de limón antes de la comida.

# El sueño en la vejez

Dra. Elena Franco · Cap de la secció de Neurofisiologia.  
Clínica de l'Hospital Arnau de Vilanova

Una de las quejas frecuentes de los ancianos es que duermen poco y, en general, se sienten poco satisfechos con su sueño. Esto se debe a varios factores:

- El envejecimiento se acompaña de numerosos fenómenos biológicos, que afectan el funcionamiento global del organismo.

- Se suele observar una pérdida neuronal en el sistema nervioso, aunque estas pérdidas no afectan por igual a todas las personas, lo que explicaría las variantes individuales, y tampoco se distribuyen de una forma homogénea en las estructuras nerviosas.

Probablemente, existen procesos degenerativos neuronales que afectan a centros específicos como el núcleo supraquiasmático del hipotálamo, que se cree que está relacionado con el control de los ritmos de vigilia-sueño. Como consecuencia se produce un amortiguamiento de los ritmos biológicos, que controlan la secreción de hormonas y de la temperatura corporal, que tienden a aumentar durante la noche contrarrestando la tendencia al sueño.

- Se producen cambios fisiológicos en la estructura del sueño, tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo. La intensidad, la duración y la continuidad del sueño tienden a disminuir y, como consecuencia, su calidad.

Además de estas variaciones ligadas a la evolución fisiológica, pueden presentarse alteraciones que entran ya dentro de la patología del sueño. Las variaciones pueden ser primarias o estar asociadas a enfermedades y procesos que frecuentemente afectan a los mayores.

Por otra parte, el envejecimiento va normalmente unido a cambios en la vida laboral y social. La jubilación, la disminución de las responsabilidades familiares y la institucionalización transforman los hábitos de la vida cotidiana con gran disponibilidad de tiempo libre, inactividad y disminución del ejercicio físico.

Además, son frecuentes los duelos por pérdidas del cónyuge o personas allegadas, lo que favorece la aparición de situaciones de soledad, pérdida de motivaciones y estados depresivos más o menos manifiestos.

## Cambios fisiológicos por edad

A lo largo de la vida se producen importantes variaciones en numerosos procesos biológicos.

En el sueño, los cambios más llama-

tivos tienen lugar en la infancia y en menor grado en la adolescencia. Posteriormente, se observa una estabilización de los parámetros de sueño y ya en la vejez vuelven a aparecer modificaciones significativas:

- Ligera disminución del tiempo de sueño nocturno. Con la edad tiende a disminuir la cantidad de sueño nocturno.

- Cambios en la arquitectura del sueño. Con el paso de los años se produce una lenta disminución de la cantidad de sueño lento profundo especialmente del estadio IV, y se observa casi una total desaparición de esta fase a partir de los 70 años. Esta menor proporción de sueño lento profundo se ha relacionado con la menor secreción de hormona del crecimiento, a la que se adjudica, una acción anabólica de las proteínas que, por tanto, influiría en la aparición de úlceras de decúbito y atrofia de la piel. La proporción de sueño REM, sin embargo, no sufre variaciones significativas.

Aparece también una fragmentación del sueño nocturno con aumento del número de despertares durante la noche, que se hacen más frecuentes y prolongados y llegan a alcanzar hasta más del 20% del tiempo total de permanencia en cama e impiden muchas veces el retorno al sueño. Por ello hablamos de una disminución de la eficiencia del sueño.

- Somnolencia diurna. Como consecuencia de la pérdida de continuidad y eficiencia del sueño nocturno es frecuente la aparición de una mayor somnolencia durante el día, que se manifiesta en la facilidad para quedarse dormido y realizar numerosas siestas y cabezadas a lo largo de la jornada.

- Avance de fase. El ritmo de sueño-vigilia se acorta y se hace menor de 24 horas, por lo que se adelanta la hora en que se siente necesidad de acostarse y, como consecuencia, también la de levantarse. Por ello es frecuente en los ancianos que se vayan pronto a dormir y se levanten también pronto.

## Trastornos más frecuentes

### Trastornos primarios

- Aumenta la incidencia de la apnea del sueño y ello es debido, por una parte, al aumento de las apneas centrales por deterioro de los centros respiratorios y al aumento de las apneas obstructivas por alteración de las vías respiratorias. Como consecuencia se producen numerosas apneas acompañadas de ronquido durante el sueño, junto con una excesiva somnolencia



Es aconsejable establecer unos horarios regulares de sueño y de vigilia.

◆ Se producen cambios fisiológicos en la estructura del sueño que disminuyen su calidad

◆ Como consecuencia es frecuente la aparición de somnolencia diurna

diurna.

- Las mioclonías de las piernas. Generalmente se asocia al síndrome de piernas inquietas, que consiste en una sensación de inquietud o desazón en las piernas, que aparece cuando la persona está en la cama antes de dormir, y que le obliga a moverlas y cambiar de postura. Los movimientos periódicos de las piernas son más frecuentes conforme aumenta la edad y consisten en movimientos estereotipados de flexión y extensión de las piernas y pies. Se producen durante el sueño y son causa de múltiples despertares. Pueden estar en relación con trastornos metabólicos, como insuficiencia renal o diabetes, o con alteraciones neurológicas, como algunas neuropatías o la enfermedad de Parkinson.

### Parasomnias

- La pesadillas, o ensueños de contenido angustiante frecuentes en el viejo. Pueden estar asociados al inicio o a la suspensión de tratamientos con

propranolol reserpina y otros hipotensores antidepresivos tricíclicos. También las facilita el tratamiento con levodopa.

- Las fantasmagorías, o ensueños desagradables de contenido de persecución, que aparecen en fases de sueño REM sin atonía. Son episodios con gran componente motor y de angustia en las que el enfermo se mueve, corre, incluso agrede. Son más frecuentes en la vejez y, a veces, hacen sospechar sobre la existencia de una enfermedad neurológica de tipo vascular o un Parkinson.

- También es frecuente en el viejo el delirio o trastorno cognitivo agudo, sobretodo en aquellos que padecen demencia. Se caracteriza por un cuadro confusional agudo con alteraciones de la memoria y alucinaciones visuales o auditivas. Hay muchas causas que lo pueden desencadenar, como la cirugía, los fármacos de acción central ictus e incluso el trauma psíquico, como la muerte de algún

allegado.

Trastornos secundarios a enfermedades agudas o crónicas o sus tratamientos.

- La dificultad para respirar en el caso de la insuficiencia respiratoria o los dolores que acompañan a numerosas enfermedades reumáticas son causa de insomnio.

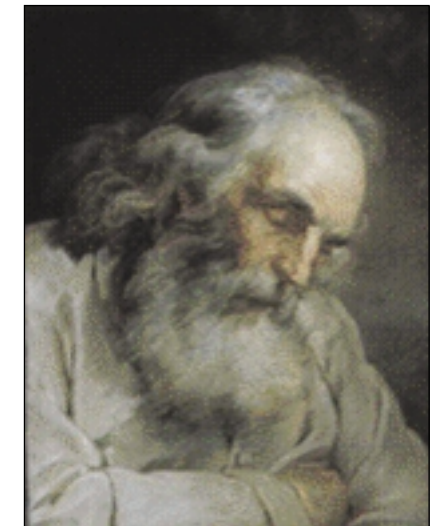
- Asimismo la nicturia, debida a afectaciones de la próstata o asociada a la toma de diuréticos, aumenta los despertares nocturnos y por ello no se deben prescribir por la noche.

- Además, los sedantes hipotensores deprimen el centro respiratorio y agravan la apnea del sueño.

- Trastornos secundarios a enfermedad psiquiátrica.

- Un elevado número de viejos sufren depresión y se ha de pensar en ella como factor importante porque repercute sobre el sueño.

- Asimismo, son frecuentes las crisis de ansiedad de aparición predominan-



temente nocturna.

- Las demencias producen, frecuentemente, alteraciones de sueño como la desorganización del ritmo vigilia-sueño y trastornos de comportamiento nocturno, que van desde la inquietud hasta la crisis de agitación y el delirio.

## Como tratar las alteraciones del sueño

La actitud terapéutica debe de basarse fundamentalmente en el tratamiento correcto de las afecciones somáticas o psiquiátricas.

En segundo lugar, hay que resolver los problemas psicoafectivos o modificar las condiciones de vida del paciente que puedan afectar la calidad del sueño.

El tratamiento farmacológico de los trastornos del sueño ha de tener en cuenta los cambios farmacodinámicos y farmacocinéticos, que aparecen en la

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT



Puede ser aconsejable una siesta para contrarrestar la fragmentación del sueño.

#### VE DE LA PÁGINA ANTERIOR

vejez. Las alteraciones en la absorción, metabolización y excreción de los fármacos pueden producir sobredosificación y aumento de los efectos tóxicos con complicaciones como hipotensión, inquietud, somnolencia excesiva y trastornos de la marcha.

En caso del síndrome de apneas obstructivas de sueño está indicada la utilización de la CPAP, un procedimiento no invasivo que consiste en la administración continua de aire a presión con una mascarilla nasal para vencer la obstrucción de las vías respiratorias.

Los movimientos periódicos de las piernas se tratarán preferentemente con carbidopa/ levodopa por la noche.

Las fantasmagorías, o trastornos del comportamiento durante el sueño REM, mejoran con clonazepán, sin embargo los estados confusionales nocturnos de agitación y delirios responden al haloperidol.

La prescripción de fármacos para el insomnio está indicada solamente en caso de insomnio transitorio o situacional, que suele estar relacionado con alguna situación concreta, pero para los insomnios crónicos no deberán utilizarse.

En caso necesario, se utilizarán pre-

ferentemente hipnóticos de nueva síntesis, como la zoplicona y el zoliden, por su escasa acción sobre la arquitectura del sueño y por la menor aparición de efectos secundarios. También se ha preconizado el uso de la melatonina para favorecer la aparición del sueño durante la noche y potenciar el ritmo circadiano.

Es desaconsejable el uso de benzodiazepinas, ya que, a parte del conoci-

do efecto de dependencia, las de acción corta agravan el insomnio de la segunda parte de la noche por lo que no son de utilidad en el caso de ancianos. Las de acción mantenida producen alteraciones psicomotoras, con caídas frecuentes y torpeza mental y confusión, que deterioran la vida cotidiana y pueden, en ocasiones, aparentar un cuadro de demencia o agravarlo si existe. Además, su acción depresora central y de relajante muscular puede acentuar un síndrome de apnea del sueño.

Normas de higiene del sueño en la vejez

- Establecer unos horarios regulares de sueño y vigilia.
- Realizar actividades y, siempre que sea posible, hacer algo de ejercicio físico durante el día.
- Mantener un ambiente bien iluminado, que ayudará a diferenciar el día y la noche y potenciará el ritmo circadiano.
- Puede ser aconsejable una siesta para contrarrestar la fragmentación del sueño.
- Adecuar la toma de medicamentos de manera que se eviten durante el día los que potencian la somnolencia y por la tarde los que inducen insomnio.

#### BIBLIOGRAFÍA:

Benoit, O.; Foret, J. *Le sommeil humain. Bases expérimentales physiologiques et pathologiques*. París: Masson, 1992.

Guilleminault, C. "Le sommeil normal de l'homme". En: Billiard, M. *Le sommeil normal et pathologique*. París: Masson, 1999.

Culebras, A. "La medicina del sueño". Barcelona: Ancora SA, 1994.

Aguirre, Berrocal. "Ritmos biológicos y sueño". En: Ramos-Platón, M.J. *Sueño y procesos cognitivos*. Madrid: Síntesis, 1996.

Carskadon, M.A. "Dement WC Normal Human Sleep". En: *Principles and practice of sleep medicine*. Philadelphia: Saunders, 2000.

# Durant tota la vida ha pensat en els altres. Ara, pensi en vostè.

Hi ha persones que es preocupen més pels altres que per ells mateixos. És per això que, Medicorasse, la Corredoria d'Assegurances del Col·legi de Metges, posa al seu abast **MediVida Sana**, una assegurança pensada per a la seva tranquil·litat i la dels seus familiars, diferent d'altres assegurances ja que està dissenyada per a la vida, perquè no només garanteix un capital en cas de mort per als hereus de l'assegurat, sinó que també **garanteix un 50% i fins a un 100% en cas que li diagnostiquin alguna de les 19 malalties greus\* -fins i tot el VIH-**. A més, dóna la possibilitat d'ampliar aquestes garanties amb una renda en cas d'incapacitació professional, invalidesa absoluta i permanent, pèrdua d'autonomia permanent o el diagnòstic d'una malaltia greu d'un fill, i té unes condicions diferents per a cada necessitat. En definitiva, una gran assegurança per a la seva vida. Nosaltres ja hem pensat contractar-la, i vostè?

Per a més informació truqui al:

**902 010 788**

COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE  
LLEIDA  
COML

MEDICORASSE

CORREDORIA D'ASSEGURANCES  
del Col·legi Oficial de Metges

VITALICIO  
ASSEGURANCES

\* Càncer - Accident vascular cerebral - Trasplantament d'òrgans vitals - Grans cremades - Alzheimer - Pèrdua de la parla - Coma - Pèrdua de membres - Infart de miocardi - Insuficiència renal - Paràlisi - Cirurgia cardíaca - Parkinson - Pèrdua de la visió - Altres demències - Encefalitis - Esclerosi múltiple - Substitució vàlvules del cor - VIH (únicament per a metges i diplomats en infermeria)

## El COML aprova el pressupost del 2002

L'assemblea ordinària del Col·legi Oficial de Metges de Lleida, que va tenir lloc el dia 14 de juny a la seu col·legial, va aprovar el pressupost d'enguany. Així, el pressupost vigent és el següent:

### INGRESSOS

Venda d'impresos  
27.670,00

Subvencions  
30.600,00

Altres ingressos de gestió  
454.639,75

Ingressos financers  
27.000,00

Beneficis/Ingressos  
excepcionals 2.400,00

**Total ingressos**  
**542.309,75**

### DESPESES

Adquisició d'impresos  
8.400,00

Variacions d'existències  
912,00

Serveis exteriors  
192.968,75

Tributs  
13.760,00

Despeses de personal  
300.100,00

Dotació amortitzacions  
26.169,00

**Total despeses**  
**542.309,75**



Dues imatges de l'assemblea ordinària del dia 14 de juny. Fotografia: Laurent Sansen

### Moviment col·legial

#### ALTES

M. Àngeles García Salas, nova  
Natàlia Llorens Gragera, de Terol  
M. Carmen Calvo Godoy, nova  
Rosalia Arbonés Aresté, nova  
Sergio Duaigües Miñanbres, nou  
Maria Bieto Pijuan, nova  
Meritxell Viñas Jiménez, nova  
Laura García Esteve, nova  
Lidia Viló Viló, nova  
Rosa Llovet Font, nova

Sergio Francisco Chorda, d'Andorra  
Silvia Bielsa Martín, nova  
Ana Celma Gil, nova  
M. Paz Villalba Mir, nova  
Leyre Alvarez Curtó, nova  
Joaquín Montenegro Tobajas, de les Illes Balears  
Raquel Sánchez Prat, de València  
Mónica García García, nova  
Ana Belén Madroño Vuelta, d'Osca  
Marta Quesada Franco, de Barcelona  
Aránzazu Royo Ibarben, nova

M. Llibertat Mas Blázquez, nova  
Esther Rodrigo Claverol, nova  
Margarida Porquer Mezquida, de les Illes Balears  
M. Esther Gros Navés, nova  
Antònia Vidal Tolosa, de Terol

#### CANVIS DE SITUACIÓ

Jordi Llaberia Marco, passa a col·legiat honorífic.  
José J. Montañola Baiget, passa a col·legiat honorífic.

## Un centenar de participants a la X Jornada de l'Associació Catalana d'Uròlegs de Comarques

Un centenar de professionals van assistir els dies 7, 8 i 9 de juny a la X Jornada de l'Associació Catalana d'Uròlegs de Comarques, que va celebrar-se enguany al Pla de l'Ermita, de la Vall de Boí. Els participants a la jornada procedien de totes les comarques catalanes, de les Illes i d'Andorra.

La desena jornada va significar la consolidació de l'Associació Catalana d'Uròlegs de Comarques (ACUC) i, al llarg del seu desenvolupament, els socis van elegir el Dr. Joaquim Ferré com a nou president.

L'ACUC va començar la seva activitat també en terres lleidatanes en la I Jornada, que va tenir lloc a la Seu d'Urgell, i des de lla-



Assistents a la X Jornada de l'Associació Catalana d'Uròlegs de Comarques.

vors ha celebrat trobades per tot Catalunya, Menorca i Andorra. Aquesta itinerància s'explica per la filosofia de l'associació: agermanar els professionals de l'espe-

cialitat que treballen per uns mateixos objectius i amb uns mitjans tècnics semblants.

Així, els grans hospitals gaudeixen de més dota-

cions econòmiques i, per tant, de més recursos tècnics que els centres comarcals i provincials, en els

**PASSA A LA P. SEGÜENT**



**Unim esforços per multiplicar resultats.**

laboratorio de análisis

**DR. ECHEVARNE**

**Laboratori:** Príncep de Viana, 70-72 baixos  
25008 LLEIDA  
Tel. 973 010 000

Horari d'atenció al públic:  
de dilluns a divendres, de 7.30 h a 19.30 h  
dissabtes de 8.30 h a 13.00 h

**Clínica Montserrat:** Bisbe Torres, 13 • 25002 LLEIDA  
Tel. 973 266 300

Horari d'atenció al públic:  
de dilluns a divendres, de 8.30 h a 11.00 h  
dissabtes de 7.30 h a 8.30 h



www.echevarne.com  
informacion@echevarne.com

## VE DE LA P. ANTERIOR

quals la il·lusió i l'esperit de superació solucionen molts problemes. Els especialistes es formen amb els mateixos mitjans, però treballen després amb infraestructures tècniques de diferent nivell i el nombre de pacients atesos fora dels grans hospitals és molt més alt. És a dir, el col·lectiu de professionals de la urologia és molt heterogeni pel que fa al medi i a les necessitats.

Els membres de l'ACUC comparteixen inquietuds professionals en les jornades, a través de la revista *Urologia i Comarques* i a través d'Internet en la pàgina <http://www.acuc.net>. Les trobades d'aquests uròlegs es caracteritzen perquè tothom pot presentar lliurement qualsevol proposta, estudi o cas, amb la seguretat que serà escoltat i pres en consideració.

### La Dra. Rosa Pérez, subdirectora de l'Institut de Medicina Legal de Catalunya

La direcció general de relacions amb l'Administració de Justícia, del departament autonòmic de Justícia, ha nomenat la Dra. Rosa Pérez subdirectora de l'Institut de Medicina Legal de Catalunya (divisió de Lleida). La nova subdirectora va prendre possessió del seu càrrec el dia 1 de juny passat.

La Dra. Pérez, nascuda a Gimenezells, és llicenciada en Medicina i Cirurgia per la Universitat de Saragossa i exerceix de metgessa forense des del 1989 a Cervera i des del 1995 a la ciutat de Lleida. Entre les activitats professionals de la Dra. Rosa Pérez destaca la seva tasca docent com a professora associada de Medicina Legal i professora col·laboradora de Dret



Dra. Rosa Pérez.

Penal i Processal a la Universitat de Lleida i, a més, com a professora col·laboradora de Dret Penal a ESADE (Barcelona).

Així mateix, la Dra. Pérez participa activament en l'organització de la vida col·legial des dels càrrecs de vicepresidenta i vicesecretària del COML. I és

també membre de la Comissió Deontològica del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya.

Entre els seus mèrits acadèmics, figuren un màster en Psiquiatria Social per la Universitat de Barcelona i un màster en Valoració del Dany Corporal per la Universitat Rovira i Virgili.

### Premi informàtic per als Drs. Casanova, Baradad i Gómez

El jurat del Concurs d'Informàtica Ciutat de Lleida ha atorgat enguany el primer premi de la categoria aplicacions per a persones més grans de 15 anys al treball Dermaweb, del qual són autors els doctors Josep M. Casanova, Manel Baradad i Xavier Gómez. El concurs, que ha celebrat ja dotze edicions anuals, era organitzat per l'Ajuntament de Lleida i accés-Institut Municipal d'Informàtica.

**Radiografia d'una mà o radiografia d'un ratolí?**

Som experts en veure la vessant informàtica de la medicina

**SALUS**

Software de gestió integral per a Centres Sanitaris

Ginecologia • Urologia • Psiquiatria • Traumatologia  
Fisioteràpia • Neurologia • Odontologia • Medicina Fetal  
Laboratori d'anàlisi • Atenció Primària • Centres Mèdics  
Facturació • Cobraments • Agendes

C. Taquígraf Martí, 16 • Tel. 973 223 185 • 25008 LLEIDA  
[www.q-soft.net](http://www.q-soft.net)

**ENS ESCULLEN PER LA NOSTRA PROFESSIONALITAT**

La vocació, la dedicació i la responsabilitat són aspectes molt importants per als 1.500.000 d'assegurats d'ADESLAS. Confiar en la professionalitat del nostre equip mèdic és, per als nostres assegurats, un motiu de tranquil·litat.

*Som eficaços*

- Lliure elecció d'especialistes i clíniques en quadre mèdic.
- Les unitats de diagnòstic i de tractament més avançades.
- Targeta Adeslas Or a cada assegurat per a una més gran rapidesa i seguretat.
- Més de 25.000 professionals, de 220 clíniques i més de 144 punts d'Atenció al Client.

Servei d'Atenció al Client 24 hores:  
**902 200 200**  
[www.adeslas.es](http://www.adeslas.es)

## DELEGACIÓ A LLEIDA

Vallcalent, 1-2<sup>a</sup> edif. Trading-Balmes  
Tel.: 973 26 92 11

**adeslas**  
ASSEGURANCES DE SALUT





**MTB**  
DISTRIBUCIONES  
TECNOLOGICAS, S.L.

# Especialitzats en equips endoscòpics

*ORL, Ginecologia, Urologia, Traumatologia,  
Aparell Digestiu, Neonatologia,  
Pediatría, Cirurgia Abdominal*



**ENDO  
SCOPY  
Units**

- Distribuïdors en exclusiva a Catalunya de GIMMI GmbH
- Components, recanvis i reparació d'avaries d'aparells de les principals marques del mercat (Storz, Olympus, Pentax, Rudolf, Fiegert Endotech, Ausculap, Arthrex, Dyonix, Wolf...)

**Finançament especial per a les comandes de torres d'endoscòpia**

AL SEU SERVEI A:

Av. de l'Alcalde Rovira Roure, 38  
25006 Lleida  
Telèfon: 973 221 020  
Fax: 973 220 709  
E-mail: mtb@mhe.es